

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Mai 1898, à 1 heure

PAR

NICOLAS KIRKOFF

Bachelier ès-sciences médicales de l'Université de Genève

Né à Sopot (Bulgarie) le 14 février 1868

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRIE

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA SYPHILIS ACQUISE & HÉRÉDITAIRE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

WIDAL et GILLES de la TOURETTE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

337
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Mai 1898, à 1 heure

PAR

NICOLAS KIRKOFF

Bachelier ès-sciences médicales de l'Université de Genève
Né à Sopot (Bulgarie) le 14 février 1868

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉRIE

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA SYPHILIS ACQUISE & HÉRÉDITAIRE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

WIDAL et GILLES de la TOURETTE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	M M.
ACHARD.	GLEY.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que se opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER FRÈRE :

Dimitri Kirkoïf

Colonel de l'armée Bulgare
Chef de bureau aux Ministères de la guerre

*En récompense des secours qu'il n'a cessé de me prodiguer pendant la
durée de mes études, et des sacrifices qu'il s'est imposés, humble
témoignage de mon affection toujours vive et de ma reconnaissance
éternelle.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur A. Fournier

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Pendant ces dernières années l'hystérie a fait le sujet de nombreux et importants travaux, qui ont eu pour résultat de montrer surtout : les relations évidentes qui existent entre cette névrose et les divers états morbides ; ses allures bizarres, le cachet spécial que lui impriment les nombreuses maladies infectieuses et générales ; et enfin les formes multiples quelle peut revêtir. La question a été enrichie de si nombreux documents, que l'on peut dire avec Sydenham que « l'hystérie est un véritable Protée qui se présente sous autant de couleurs que le caméléon. »

C'est à une partie bien restreinte de cette vaste étude que nous voulons, fort de l'autorité des maîtres les plus illustres, apporter notre faible part de faits. Heureux si nous pouvons contribuer quelque peu à éclaircir une toute petite partie de cette grosse question.

Pendant les derniers mois de nos études médicales, nous avons eu l'heureuse chance d'observer dans le service de notre maître, M. le professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis, le premier cas d'hystérie hérédo-syphilitique ; c'est à propos de ce cas intéressant et d'ordre tout nouveau, que M. le professeur Fournier a bien voulu nous engager à prendre comme sujet de thèse inaugurale : l'hystérie syphilitique acquise et héréditaire.

Le cas ci-dessus est d'une haute importance, car il prouve, il nous semble, que l'influence de la syphilis sur l'hystérie peut s'effectuer à longue portée, c'est-à-dire que l'action de la syphilis sur l'hystérie est multiple.

Si on doit admettre que la vérole peut rappeler une hystérie préexistante, mais devenue plus tard aussi latente que possible ; s'il faut reconnaître que dans certains autres cas, elle provoque la névrose, alors qu'elle ne s'était jusqu'alors jamais manifestée, autrement dit alors qu'elle n'existait pas ; on peut concevoir que l'action de la syphilis puisse se prolonger et agir non plus sur le sujet, qui vient d'être sous l'influence directe de l'infection spécifique, mais sur ses descendants.

Ce cas est également un des plus remarquables parce qu'il montre véritablement le rôle très net que joue la vérole dans le développement de l'hystérie, particulièrement dû à la transmission d'une tare, dérivée des altérations toxiniennes éprouvées par les générateurs, comme l'a dit tout dernièrement M. Besnier à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

« L'enfant peut recevoir de ses parents, dit M. Fournier, la syphilis véritable, en nature, ou présenter seulement des stigmates de dégénérescence. La syphilis ne fait pas seulement que des syphilitiques ; elle fait, passez-moi l'expression, des tarés, des dystrophisés, des malformés, des monstres, voir des nains, peut-être aussi des géants. » Il est incontestable que la syphilis, cause unique, peut donner naissance aux symptômes les plus nombreux et les plus variés ; elle attaque tous les systèmes, tous les appareils de l'économie, soit immédiatement après l'infec-

tion, soit à très longue échéance. Et en effet, cela n'est-il pas absolument conforme à la nature infectieuse de l'affection et comme le dit M. Fournier : « Comment, en résumé, une maladie d'essence aussi générale que la syphilis, une maladie, qui du premier coup prend possession de tout l'être, pourrait-elle borner ses manifestations à un seul système ou à un seul ordre de système, et laisser indemnes les autres appareils ? Vous représentez-vous un syphilitique, qui serait syphilitique par la peau et par ses muqueuses sans l'être par tout son corps, par toute sa substance ? »

Cette idée était déjà émise par Ricord, d'une façon pittoresque quand il disait que « la vérole est un branle-bas dans l'économie. »

Le système nerveux, pas plus qu'un autre, ne saurait être à l'abri des atteintes de la vérole ; effectivement il est souvent lésé et de diverses façons à n'importe quelle période de la syphilis.

Dans certains cas, la syphilis donne naissance à des affections systématiques, ayant des symptômes nets, précis, sans variations individuelles, et dont les lésions caractéristiques d'ordre anatomique relèvent incontestablement de la vérole ; dans d'autres cas, le système nerveux traduit son atteinte par des symptômes nerveux, nombreux et variés, semblables à ceux que l'on observe habituellement au cours de certaines névroses et qui semblent ne relever d'aucune lésion anatomique.

C'est à cette influence altérante de la syphilis sur les névroses, particulièrement sur l'hystérie que nous destinons notre premier et modeste travail. Sans doute, nous

n'avons pas la prétention d'élucider complètement une question de telle importance, nous avons voulu seulement réunir les diverses opinions, relatives à l'influence de la syphilis sur l'hystérie, sur les différentes manières d'être et d'agir de la syphilis, et enfin sur la nature de la névrose ainsi développée, laissant le fin mot de la chose aux maîtres compétents.

Chaque jour met en évidence une nouvelle cause d'hystérie, par ce fait même le champ de l'hystérie dite essentielle idiopathique se rétrécit de plus en plus, de sorte que beaucoup de cas, qui naguère encore en auraient fait partie, vont journellement grossir les groupes des hystéries symptomatiques.

On pourrait donc, dès à présent se hasarder à affirmer, avec M. le professeur Grasset, qu' « on ne peut plus conserver pour l'hystérie l'ancien classement des névroses en symptomatiques, sympathiques et idiopathiques. L'hystérie est toujours symptomatique d'une maladie générale ou d'une maladie locale.

Le plus souvent, l'état général que l'hystérie manifeste n'est lui-même pas justiciable d'une cause unique, mais dépend de la superposition d'une série d'éléments dont l'importance relative et la hiérarchisation pathogénique varient du reste suivant les cas ».

Nous aurons dans un premier chapitre à rassembler les opinions diverses des auteurs dans leur ordre chronologique, en citant le plus souvent textuellement leurs idées sur le sujet qui nous occupe.

Dans un second chapitre, nous placerons les diverses

considérations relatives à la nature de l'hystérie, développée sous l'influence de l'infection syphilitique.

Le troisième sera destiné aux particularités nombreuses qu'imprime cette infection aux symptômes habituels de la névrose et leur diagnostic différentiel avec les symptômes analogues dûs aux autres maladies du système nerveux central ou périphérique.

En dernier lieu, enfin, nous passerons en revue les nombreuses hypothèses, qui ont été proposées pour expliquer les modes d'action de la syphilis pour développer l'hystérie ou pour produire son éclosion.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'adresser ici l'hommage de notre gratitude à notre très honoré maître M. le professeur Fournier, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée lorsqu'il a bien voulu nous recevoir dans son service et nous inspirer le sujet de notre thèse.

Ses leçons de clinique, son enseignement quotidien au lit des malades à l'hôpital Saint-Louis, que nous avons suivis avec grand intérêt pendant deux ans, seront toujours pour nous le meilleur guide aux moments difficiles de notre carrière.

Nous prions nos autres maîtres de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris d'agréer l'expression de notre plus vive reconnaissance pour les enseignements innombrables que nous n'avons cessé de recueillir auprès d'eux pendant toute la durée de nos études.

Que nos premiers maîtres de l'Université de Genève, tout particulièrement MM. Juillard, Zahn, Laskowski, J. Reverdin, Revillod, d'Espine, Eternod, veuillent bien

recevoir ici le sentiment de notre reconnaissance pour les enseignements qu'ils nous ont donnés au commencement de nos études.

Nous ne saurions trop remercier M. le Dr Gastou, chef de Laboratoire, dont les conseils éclairés nous ont été d'un grand secours, soit en cette circonstance, soit pendant notre stage dans ses conférences pratiques



Historique

Les premières ébauches, les premières observations concernant la syphilis, comme cause provocatrice de l'Hystérie, remontent déjà bien loin. C'est à Desvigne (1), en 1812, que sont dues les premières considérations sur la question qui nous occupe. Seulement, malgré le grand intérêt que nous eussions porté à cet ouvrage, il nous a été impossible de nous le procurer ; nous nous bornons donc à l'indiquer au point de vue historique.

Bien plus tard, Baumès (2), dans son *Traité des Maladies nerveuses*, donne une observation à la suite de laquelle il admet que la syphilis peut être la cause de l'hystérie. Cette observation a été rapportée par Lagneau (3). (Obs. 108.)

Après lui, Hubert Rodrigues (4), Briquet, Evrard (5), Auguste Voisin (6) fils et Bertherand (7) publièrent des observations du même genre, mais dans lesquelles l'influence de la syphilis ne nous paraît pas bien évidente.

Lagneau, cependant, parlant de l'épilepsie syphilitique,

(1) *Desvigne*. Propositions déduites d'observations faites à la Corogne pendant les années 1812-1813-1814, spécialement relatives à l'hystérie et à la syphilis.

(2) Baumès. *Précis historique des maladies nerveuses*. Paris, 1840.

(3) Lagneau. *La clinique de Montpellier*, 1^{er} novembre 1843, p. 3.

(4) Hubert Rodrigues. *La clinique de Montpellier*, 1^{er} novembre 1843. p. 3.

(5) *Evrard*. *Névroses syphilitiques*. *Gazette médicale*, Paris, 1843.

(6) Auguste Voisin fils. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 17 déc. 1858, page 871.

dit que les symptômes nerveux sont quelquefois moins effrayants et rappellent plutôt les accidents nerveux de l'hystérie.

Toutes ces observations étaient considérées comme irrégulières, sortant pour ainsi dire du cadre ordinaire, mais personne ne songeait ni à expliquer ni à interpréter les faits observés, ni à s'arrêter à des conclusions pratiques quelconques, malgré que Ricord (1) à la suite d'une observation de catalepsie syphilitique, insiste sur la grande fréquence du réveil de certaines névroses par la syphilis dans sa période secondaire. « Les accidents du côté des centres nerveux que vous trouvez encore assez souvent, dit-il, c'est l'épilepsie, la catalepsie. Tenez compte, ajoutez-il ensuite, de l'élément syphilitique chez des sujets devenus cataleptiques, après avoir subi l'infection vénérienne. »

Zambaco (2) pose enfin définitivement la question et décrit avec insistance l'Hystérie syphilitique, déterminée par la syphilis à son début. Avant son apparition, les sujets n'avaient montré aucune manifestation de la prédisposition à cette névrose. Il admet donc clairement une Hystérie causée directement par l'infection syphilitique ; elle se manifeste surtout la nuit et elle cède promptement au traitement spécifique. Et pour prévenir l'objection qu'on aurait pu lui faire, que les phénomènes observés sont sous la dépendance de la chlorose, qui se remarque à la période secondaire de la syphilis, il fait remarquer que si ces phéno-

(1) Ricord. Clinique iconographique des maladies vénériennes et Gazette des hôpitaux, 1846.

(2) Zambaco. Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1862.

mènes étaient dûs à la chloro-anémie, le mercure, au lieu de guérir, devrait plutôt les aggraver.

Dans une leçon sur l'Analgésie syphilitique secondaire, faite à l'hôpital de Lourcine, M. le professeur Fournier (1) étudie d'une façon complète les différentes formes des troubles nerveux sensitifs chez des femmes syphilitiques, sans cependant les attribuer nettement à l'hystérie syphilitique.

Et en voyant que bon nombre d'intoxications avaient pour résultat de déterminer différents troubles de la sensibilité générale se manifestant à des degrés divers et sous différents modes surtout, M. le professeur Fournier s'est demandé si le poison syphilitique ne pourrait occasionner des phénomènes semblables ? Après une enquête scrupuleuse sur ce point pendant deux ans, il arrive non seulement à se convaincre de l'existence du fait, mais à s'étonner que des phénomènes si facilement saisissables et si accentués aient pu échapper jusque-là à l'attention des observateurs.

Pour suivre l'auteur dans ces considérations, je ne pourrais mieux faire que de le citer textuellement :

« Une question, sans doute, vous préoccupe, dit-il. Vous avez dû vous demander déjà si les troubles de la sensibilité que je viens de vous décrire relèvent bien réellement de la syphilis et s'ils ne pourraient reconnaître une autre origine. Cette question, j'ai à cœur de la débattre devant vous, pour ne pas vous laisser le moindre doute à ce sujet.

(1) *Fournier. Annales de Dermat et Syphilig.*, 1869, page 486.
Analgésie syphilitique secondaire.

« Il serait possible que de telles manifestations dérivassent d'une autre cause que la syphilis chez la femme spécialement ; qu'elles fussent, par exemple, un résultat soit de la chloro-anémie, soit de l'hystérie, soit de névrosisme, etc., auquel cas ces troubles de la sensibilité ne seraient que de pures coïncidences et n'auraient aucune relation avec la syphilis ; ce seraient simplement des phénomènes nerveux, des expressions d'un état pathologique quelconque, fortuitement développées chez des sujets syphilitiques.

« Telle n'était pas, soyez-en sûrs, la pathogénie des troubles de la sensibilité que nous venons d'étudier chez nos malades. Ces troubles ne dépendaient chez elles ni de la chlorose, ni de l'hystérie, ni du névrosisme, ni d'aucune autre cause analogue, et cela pour une raison aussi simple que péremptoire, c'est qu'aucune d'elles ne présentait ni attributs de chlorose, ni antécédents d'hystérie, ni disposition habituelle aux troubles nerveux. Il n'existait chez elles aucune cause à laquelle de tels symptômes pussent être rattachés. N'était-il pas logique, par cela seul, de les imputer à la cause morbifique, actuelle et commune, à l'action de laquelle ces malades se trouvaient soumises.

« Il est d'ailleurs d'autres raisons qui conduisent très rationnellement, ce me semble, à considérer comme syphilitiques les troubles de sensibilité dont je vous ai entretenus. Ces raisons, les voici en quelques mots :

« 1° C'est d'abord la fréquence même de ces troubles qui, je vous le rappelle, sont des phénomènes très habituels chez la femme à la période secondaire. Seraient-ils aussi communs s'ils ne constituaient que de simples acci-

dents de coïncidence ? Le simple bon sens se refuse à le croire ;

« 2° C'est, en second lieu — raison plus probante encore et plus clinique, — leur développement dans des conditions toujours identiques. Nous les voyons se manifester à la période secondaire de la syphilis et dans les premiers mois de cette période, coïncidant soit avec des accidents syphilitiques d'allure différente (éruptions cutanées, papules muqueuses, adénopathies, etc.), soit avec d'autres phénomènes de même nature affectant le système nerveux. Il serait bien singulier, que faisant partie d'un tel ensemble, ces troubles de sensibilité n'y figurassent qu'au titre de manifestations étrangères, par le seul fait d'éventuelles coïncidences ;

« 3° C'est, en troisième lieu, l'évolution même de ces désordres pathologiques. Apparus en même temps que d'autres manifestations de nature évidemment syphilitique, ils se conduisent, si je puis ainsi parler, comme ces dernières manifestations ; ils durent ce qu'elles durent, il s'atténuent et disparaissent avec elles ; ils subissent la même influence que celles-ci par le fait du traitement et du temps ; ils sont, en un mot, ce qu'elles sont, et ils évoluent comme elles. Comment leur refuser l'essence syphilitique, indéniable aux accidents du groupe pathologique dont ils font partie ?

« Et d'ailleurs, est-il donc surprenant que la syphilis éveille de tels désordres. N'est-ce pas une maladie, qui chez la femme surtout, influence au plus haut point le système nerveux et en trouble le fonctionnement de mille façons différentes ? Ne voyons nous pas, d'autre part, des

phénomènes semblables se produire dans bon nombre d'intoxications, dans l'empoisonnement saturnin, arsenical, alcoolique, etc. L'analogie pathologique témoigne en faveur de l'opinion que nous tenons ici et nous permet de croire que le poison syphilitique peut, à l'égal d'autres poisons, modifier la sensibilité.

Je n'hésite donc pas, et personne de vous, sans doute, n'hésitera plus que moi à considérer ces troubles de sensibilité comme des manifestations syphilitiques et à les rattacher, ainsi que d'autres symptômes du même genre dont nous allons nous occuper bientôt, à l'influence de cette diathèse singulière et polymorphe que nous étudions actuellement. »

Dans l'excellente thèse de Faïd (1), sur les troubles de la sensibilité générale, faite sous l'inspiration de M. le professeur Fournier, nous trouvons mentionné que : tout à fait au début de l'infection, avant ou plutôt conjointement avec la première apparition de l'éruption cutanée ou muqueuse, on assiste assez souvent à un ébranlement du système nerveux sous l'influence directe du poison spécifique.

Le système nerveux ainsi attaqué révèle ses souffrances par des désordres multiples dans le fonctionnement des organes auxquels il préside. Ces manifestations se présentent sous les formes les plus bizarres et les plus variées.

Après avoir étudié les accidents névropathiques diathésiques et toutes les conclusions de M. Fournier, il ajoute

(1) Faïd (Moustapha). — Troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et, notamment de l'analgésie syphilitique. Th. de Paris 1870.

plus bas que l'on voit assez fréquemment se produire sous l'influence de la diathèse syphilitique des changements dans le caractère des malades, qui deviennent tristes et mélancoliques, irritables, inquiets etc.

Enfin on les voit présenter de *légers symptômes d'hystérie* et parfois même éclatent pour la première fois de véritables attaques d'hystérie et d'épilepsie.

De toutes les observations de l'aïd, il ressort ce grand point pour nous : que les accidents nerveux multiples qui se sont manifestés chez ces malades, et surtout les attaques hystériques qui ont éclaté pour la première fois, n'ont reconnu comme cause unique que l'influence de l'infection syphilitique, comme le prouvent les déclarations des malades. L'auteur insiste surtout sur l'efficacité du traitement spécifique et la disparition rapide de tous les troubles nerveux par ce traitement ; ce fait est encore une preuve de plus pour lui que ces troubles sont occasionnés par l'action directe du virus syphilitique sur le système nerveux, sans l'intermédiaire forcé d'un état anémique. De plus, quoiqu'il admette que le virus syphilitique puisse agir sur l'économie comme les autres intoxications générales, et produire des troubles nerveux divers, il n'accepte l'hystérie dans la période secondaire de la syphilis que comme une coïncidence fortuite.

En 1873 dans ses remarquables leçons cliniques sur la syphilis M. le professeur Fournier (1) admet non seulement les idées des auteurs cités plus haut sur la nature hystérique de beaucoup d'accidents nerveux de la période secondaire; mais il spécifie encore plus clairement l'influence

(1) Fournier. — Leçons sur la syphilis. 1873. p. 816.

de la syphilis secondaire sur le système nerveux, en posant les deux conclusions suivantes.

1° *La syphilis secondaire peut stimuler certaines névroses préexistantes, réveiller certaines névroses éteintes ou calmées.*

2° *La syphilis peut provoquer et créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle, qui ne s'étaient jamais révélées par aucun indice, et qui sans elle, probablement, ne se seraient jamais produites.*

« Il est assez commun, dit-il, que des femmes anciennement hystériques, dont les accès s'étaient amendés depuis un certain temps, voient tout à coup leurs crises et leurs anciens malaises nerveux reparaitre dans le cours de la période secondaire. Sous l'influence de l'éréthisme qu'imprime aux fonctions nerveuses le poison de la vérole, ces femmes redeviennent subitement hystériques, à compte nouveau, si je puis ainsi dire, ou le deviennent à un degré supérieur, si elles n'avaient cessé de l'être.

En un mot, l'hystérie, qui chez elles s'était calmée, subit de l'influence syphilitique une exacerbation nouvelle. C'est même là un fait si commun que j'ai cru inutile de citer des observations particulières. »

C'est là le fait habituel que nous trouvons dans le cours de toutes les maladies infectieuses et générales ; ne voit-on pas des troubles nerveux se réveiller ou exagérer leur intensité à la suite d'une fièvre typhoïde, d'un rhumatisme, d'une pneumonie, du diabète, des intoxications, etc. Mais ce n'est pas tout, M. le professeur Fournier continuant ces considérations sur l'influence de la syphilis, nous dit un peu plus loin :

« La syphilis peut provoquer et créer de toutes pièces des hystéries, qui n'existaient pas avant elle, qui ne s'étaient jamais révélées par aucun indice, et qui sans elle, probablement, ne se seraient jamais produites.

Assez souvent, en effet, on voit se manifester sur certaines femmes, à la période secondaire, des phénomènes hystériques ou hystériformes, qui n'ont été précédés, avant l'infection, d'aucun accident semblable.

Interrogeant alors avec le plus de soin possible les malades, sur lesquelles on observe de tels symptômes, on ne reçoit d'elles ou de leur entourage que des témoignages absolument négatifs sur l'existence antérieure d'un état hystérique, voire parfois d'une simple disposition au névrosisme.

Il reste donc matériellement certain que l'hystérie est de fraîche date pour ces femmes, qu'elle ne s'est développée sur elles que d'une façon toute récente, qu'elle est apparue avec la période secondaire, bref qu'elle figure au nombre des accidents nouveaux introduits sur la scène par la syphilis. »

Après cet exposé des faits bien étudiés chez les malades, en pleine période secondaire, M. le professeur Fournier conclut à l'existence d'une *hystérie secondaire*, très certainement d'essence syphilitique, et dont la réalité clinique amplement démontrée maintenant par de nombreuses observations, ne peut plus être contestée.

Et à ce propos, voici comment il s'exprime :

« Comme pathogénie, dit-il, il est vraiment impossible dans de telles conditions, de ne pas rattacher ces symptômes hystériques à une influence de la diathèse.

Coïncidant, au moins dans la plupart des cas, avec des troubles nerveux d'ordre analogue et avec d'autres manifestations d'origine incontestablement spécifique, nés en même temps que ces divers phénomènes et affectant une évolution parallèle, subissant même du traitement une action identique, ces symptômes hystériques font partie d'un ensemble, d'un *tout* dont on ne saurait raisonnablement les distraire. »

Dans un travail clinique sur l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides, publié dans l'Union médicale en 1882, M. *Huchard* adopte complètement cette opinion de M. *Fournier*.

« La syphilis, dit-il, peut créer de toutes pièces la névrose hystérique qui n'existait pas auparavant, soit qu'il s'agisse d'accidents hystériques avec crises convulsives, soit qu'il s'agisse seulement d'un état d'éréthisme nerveux caractérisé par des modifications de caractère, de l'énervement, de l'impressionnabilité, des syncopes, de la sensation de strangulation, d'étouffement ou de globus hystériques, ou encore de spasmes, de convulsions partielles et de tremblements passagers. Ces phénomènes nerveux traduisant un état d'hystérie ou d'hystéricisme de la syphilis secondaire, ont pour caractère d'être transitoire, c'est-à-dire de cesser avec la cause qui les a produites et de guérir bien plus facilement et plus rapidement au moyen du traitement spécifique que par l'intermédiaire de tous les antispasmodiques. »

En 1876 M. *Lancereaux* (1), dans ses leçons sur la

(1) *Lancereaux*. Leçons sur la syphilis 1876.

syphilis n'admet pas l'opinion de M. Fournier, que nous venons d'exposer ; s'élevant contre cette manière de voir il dit :

« Quant à croire que la syphilis peut engendrer même passagèrement des névroses telles que l'hystérie et l'épilepsie, nous avouons que rien jusqu'ici ne nous y autorise. »

L'année suivante, il revient sur la question dans une communication à l'Académie de médecine (1) et à propos d'un cas de syphilis pulmonaire, fait quelques réflexions sur la syphilis viscérale et accessoirement sur l'hystérie.

« Je nierais, dit-il, tout caractère spécifique à l'épilepsie et surtout à l'hystérie qui, plus que toute autre maladie, aurait dû trouver grâce devant la syphilis avec laquelle elle est en opposition formelle puisque jusqu'ici on ne lui connaît aucun désordre matériel constant. »

Nous rappelons que pour M. Lancereaux la syphilis se traduit toujours par une lésion matérielle ; tout malade syphilitique manifestant des désordres fonctionnels nerveux devait nécessairement présenter une lésion matérielle incontestable de l'organe, qui préside à ces fonctions.

Se basant sur ce dernier argument, c'est-à-dire ne pouvant pas s'appuyer sur une lésion matérielle, M. Chauvet (2) dans sa thèse d'agrégation invoque une altération humérale, une intoxication par le virus syphilitique ; et il arrive à considérer la syphilis seulement comme cause

(1) Lancereaux. Communication à l'Académie de médecine 23 octobre 1877.

(2) Chauvet. Influence de la syphilis sur les névroses (Thèse d'agrégation 1880).

occasionnelle indirecte, provoquant l'hystérie, par les perturbations physiques et morales qu'elle entraîne. Pour lui l'hystérie n'est nullement créée par la syphilis, mais par le fait seul de la vérole une malade peut être placée dans des conditions très favorables au développement de cette névrose. Que la malade soit mise dans ces conditions favorables, dans cette prédisposition, par une syphilis, par un chancre ou une blennorrhagie, le résultat définitif sera toujours le même, de sorte que l'hystérie n'a aucun rapport direct avec les accidents vénériens.

Enfin il résume son opinion dans la conclusion suivante :

« La syphilis n'a aucune influence sur le développement et la marche de l'hystérie ; mais elle peut placer au moment de la période secondaire les sujets dans des conditions telles que les accidents nerveux apparaissent ou deviennent plus intenses, plus fréquents ».

M. Debove (1) et son élève Achard (2), rapportent deux cas d'apoplexie hystérique chez des syphilitiques, guéris par les esthésiogènes et les toniques ; sans s'occuper spécialement de la question que nous traitons ici, ils arrivent, cependant presque à admettre que dans les cas, qu'ils examinaient, l'hystérie reconnaissait pour cause occasionnelle la syphilis.

A propos d'un cas d'hystérie chez un syphilitique, dont l'observation a été rapportée par M. Gilles, de la

(1) Debove. Soc. méd. des hôpitaux 1885.

(2) Achard. De l'apoplexie hystérique. Thèse de Paris 1887.

Tourette (1), M. le professeur Charcot, dans une leçon faite à la Salpêtrière, insiste sur certains cas particuliers où l'hystérie semble produire ses effets sous l'influence d'une affection antérieure ou intercurrente ; tandis qu'en réalité la maladie n'était jusqu'alors qu'à l'état latent et n'attendait qu'une occasion pour se manifester.

Cette occasion lui est fréquemment fournie par des maladies infectieuses, pneumonie, fièvre typhoïde, par les intoxications saturnine, alcoolique, etc., par des traumatismes, et enfin il place parmi ces causes en plus la syphilis.

Discutant la nature des symptômes du malade dont il rapportait l'observation, et surtout leur étiologie, M. Gilles de la Tourette arrive à admettre que comme l'hystérie évoluant chez un saturnin prend quelques-unes des allures du saturnisme, de même la maladie évoluant chez un syphilitique emprunte la marque de la syphilis et rien de plus. Que l'hystérie se soit développée chez un saturnin, chez un alcoolique, chez un typhoïdique, ou chez un sujet traumatisé, il n'existerait pas plusieurs formes d'hystérie, et il n'y a pas lieu d'admettre une hystérie saturnine, une hystérie alcoolique, etc., il n'existe que des manifestations de l'hystérie chez ces différents sujets. L'hystérie, n'importe où elle se trouve, « ne change pas d'essence. »

« Il y avait tout lieu de penser, dit-il, que le terrain sur lequel évoluait l'hystérie n'avait pu être indifférent à la

(1) Gilles de la Tourette. Progrès médic. 1887, n° 51. — Hystérie et syphilis. De l'influence d'une maladie ou d'une intoxication antérieure sur le mode de localisation et sur la forme des accidents hystériques.

localisation phénoménale de la névrose. Peut-être, un jour, avait-il existé une céphalée syphilitique promptement guérie par le traitement, et la céphalée hystérique s'était-elle substituée à la céphalée spécifique depuis longtemps disparue en évoquant, pour les faire revivre à ses propres frais, les souvenirs laissés et imprimés dans le cerveau par sa devancière, suivant le mécanisme de l'*auto-suggestion*. »

M. le professeur Potain (1) n'est pas d'accord avec l'opinion générale que la syphilis puisse provoquer l'hystérie. Pour lui il existerait une hystérie manifeste, ou du moins une prédisposition, avant l'infection spécifique. En outre, il ne fait aucune différence entre l'hystérie essentielle et l'hystérie symptomatique, « l'étiologie seule diffère. »

« Le sujet, dit-il, est hystérique de par lui-même, ainsi que son enfance nous le révèle ; il est hystérique de par hérédité, ou mieux de par sa famille composée de gens essentiellement nerveux. »

Ajoutons, enfin, que peut-être ses libations répétées, ses excès de boisson, ont contribué à diminuer sa résistance au développement des phénomènes morbides, et que la vérole a donné le branle-bas aux troubles nerveux, dont il est atteint. »

M. Raymond (2) rapporte l'observation d'une malade très nettement hystérique, chez laquelle les manifestations

(1) Potain. Hystéro-épilepsie et exostose syphilitique. Gaz. des Hôp. 1887, n° 47. Hystérie et syphilis ind. n° 53.

(2) Paul Raymond. Hystérie et syphilis. Progrès méd. n° 14, 1888.

hystériques ne se sont pas reproduites pendant sept ans, et qui ont brusquement reparu deux mois et demi après l'apparition d'un chancre infectant ; il admet, comme cause principale, que l'intoxication spécifique suffit, chez un sujet prédisposé, pour déterminer l'éclosion des phénomènes morbides résultant vraisemblablement d'après lui de l'anémie de la période secondaire.

Furet (1) dans sa thèse conclut que la syphilis, comme les autres maladies infectieuses ou générales, peut réveiller ou déterminer l'éclosion de l'hystérie chez des sujets en puissance hystérique ; il est par conséquent d'avis que la syphilis ne joue que le rôle de cause occasionnelle.

Parlant de l'hystérie toxique, M. Berbez (2) identifie l'influence de la syphilis sur l'hystérie à celle des autres intoxications telles que l'intoxication saturnique, l'alcoolisme etc, et se rallie absolument à l'opinion de M. le Professeur Charcot, que nous avons déjà indiquée plus haut.

Dans sa thèse intitulée : *Intoxications et Hystérie*, M. Hischmann (3) pour s'expliquer le mécanisme par lequel les intoxications engendrent l'hystérie, arrive à se demander si ces intoxications ne préparent pas le terrain en affaiblissant d'abord les nerfs périphériques en certains points limités, de manière à déterminer ainsi un réflexe susceptible à produire l'hémianesthésie et l'hémiplégie. Cette hypothèse fera bien comprendre la conservation de la con-

(1) Furet. Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides. Thèse de Paris, 1888.

(2) Paul Berbez. Hystérie toxique. Gaz. de hôpitaux, 14 janv. 1888.

(3) Camille Hischmann. Intoxications et hystérie. Thèse de Paris 1888.

servation de la contractilité électrique dans les muscles paralysés, mais elle ne rend pas compte de la pathogénie des hystéries auto-toxiques, ni des hystéries par intoxication d'origine microbienne.

Qu'il nous soit encore permis, avant d'aller plus loin, d'ajouter que pour M. Pitres (1), certaines intoxications peuvent avoir une action nuisible et modifier profondément la sensibilité ou plutôt le système nerveux central, au point d'y déterminer une inertie fonctionnelle, dont la conséquence directe est la production des phénomènes hystériques, tels que l'hémiplégie, hémianesthésie etc. Cette action des différents agents qu'avait si bien décrite Lang (2) dans la période secondaire de la syphilis, dans son intéressant travail sur l'irritation méningée, trouve un défenseur encore plus ardent en M. Debove (3), qui à propos d'un cas d'hystérie consécutive à la diphtérie, présentée à la société Médicale, disait :

« M'inspirant des travaux du Professeur Bouchard sur les intoxications morbides, je n'hésite pas à croire que les hystéries consécutives aux maladies aiguës sont des hystéries toxiques. Il est certain que les causes morbides externes supposent toujours quelque prédisposition interne ; c'est ainsi que tous les sujets exposés aux maladies contagieuses ne les contractent pas. Il faut, de même, admettre pour l'hystérie une certaine prédisposition ; mais il ne faut pas l'exagérer. »

(1) Pitres. Des anesthésies hystériques. Journal de med. de Bordeaux 1887.

(2) Lang. Irritation méningée au début de la syphilis, Vierteljahr, für. dermat. und syphilis 1881 n° 2 et 3.

(3) Debove. Société médicale des hôpitaux de Paris. oct, 1889.

Depuis ses premières études sur la question, que nous avons décrites tout au long plus haut, M. le Professeur Fournier est revenu à plusieurs reprises sur ce sujet soit dans ses magistrales leçons (1), soit à la société de médecine et de chirurgie (2), soit à la société de dermatologie et de syphiligraphie (3).

Dans toutes ces publications, M. le Professeur Fournier considère le réveil de l'hystérie par la syphilis, comme admis par tous, et porte son attention surtout sur la seconde partie de son énoncé, c'est-à-dire sur ce fait que la syphilis peut provoquer et créer ou tout au moins semble créer de toutes pièces, des névroses, qui n'existent pas avant elle.

Par les observations qu'il publie et que nous rapportons dans ce travail, notre maître arrive à la conviction que le fait est incontestable pour l'hystérie, et il spécifie encore un peu plus en disant que les phénomènes hystériques qu'on observe se trouvent chez deux catégories de femmes :

Chez des sujets qui n'avaient jusqu'alors rien présenté de semblable, qui, préalablement, n'étaient pas hystériques, et chez lesquels on ne découvre jamais de nervosisme antérieur. Ces cas ne sont pas la règle, ce n'est pas ce qu'on a le plus souvent sous les yeux ; au contraire, plus habituellement, en pareilles circonstances, on découvre des témoignages de nervosisme antérieur à la syphilis. Ce qui veut dire que le cas le plus fréquent est de voir des

(1) Fournier. Influence de la syphilis sur les névroses et notamment sur l'hystérie. Gazettes des hôpitaux. N° 96. 1888.

(2) Hystéro-Syphilis. Gaz. hebdomad. 21 Nov. 1891 n° 47.

(3) Fournier. Hystérie secondaire syphilitique. Janv. 1895.

femmes qui, sans avoir été franchement hystériques, avant la période secondaire, ont été nerveuses, impressionnables, sensibles, hyperesthésiques, ayant des ascendants ou des collatéraux affectés de névropathies diverses. En un mot, ces femmes étaient prédestinées à devenir hystériques.

Nous ne voulons pas entrer dans tous les détails sur ce sujet, qui sera examiné plus particulièrement au chapitre de l'étiologie; qu'il nous suffise seulement de dire que, jusque là, M. le professeur Fournier n'avait étudié l'influence de la syphilis que chez les femmes.

En 1891, il présente à la Société de Médecine et de Chirurgie (1), un cas d'hystéro-syphilis chez un homme, chez lequel la syphilis secondaire a engendré très certainement un état profond de souffrance générale du système nerveux. Elle a pu créer chez lui une sorte de *diathèse nerveuse*, susceptible, dans ce cas particulier, de créer de toutes pièces l'hystérie, qui n'existait pas avant elle ou n'existait tout au plus qu'en germe, à l'état latent. La syphilis a donc provoqué le « branle-bas » dans le système nerveux de ce malade, et la conséquence en a été l'apparition de l'hystérie sans antécédents.

Dans sa thèse, M. Guinon (2) invoque l'ébranlement du système nerveux, dans lequel se trouvent les sujets sous le coup d'une maladie générale aiguë chronique. Relativement à la question de savoir si la syphilis peut créer l'hystérie, il n'attribue aux agents provocateurs vis-à-vis

(1) Fournier. Hérédo-syphilis. Gaz. hebdomadaire, n° 47, du 21 novembre 1895.

(2) Guinon G. Les agents provocateurs de l'hystérie. Thèse de Paris 1889.

de l'hystérie, que le rôle de causes occasionnelles ; l'hérédité serait pour lui l'unique cause prédisposante.

D'après lui, il y a deux façons par lesquelles agissent les agents provocateurs pour la réalisation de l'hystérie ou des accidents hystériques ; soit par un phénomène d'auto-suggestion sur le malade, comme le veut le professeur Charcot ; soit, surtout, comme suite d'une altération générale de la nutrition, amenant à son tour un vice de fonctionnement du système nerveux.

Pour Roubry (1), la syphilis joue un rôle dans la production de l'hystérie, soit comme cause adjuvante dans les cas de prédisposition héréditaire, soit comme cause déterminante en créant les conditions nécessaires au développement de la névrose.

D'Aurelles de Paladines (2), dans sa thèse, admettant sans conteste l'existence de l'hystérie syphilitique fait rattacher à l'hystérie les anesthésies de la période secondaire jusqu'alors rapportées en propres à la syphilis.

Bertrand (3) conclut que toutes les altérations du caractère et de la sensibilité, qu'on observe dans la période secondaire de la syphilis, sont de nature hystérique ; et que l'hystérie, prenant ainsi naissance pendant cette période, est causée par l'infection syphilitique.

(1) Roubry. Contrib. à l'étude de l'hystérie toxique, de l'apoplexie hystérique dans la syphilis. Thèse de Paris, 1889.

(2) D'Aurelles de Paladines. De l'anesthésie hystérique. Thèse de Paris, 1889.

(3) Bertrand Lucien. Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis secondaire. Thèse de Lyon, 1892.

La même année, M. Hudelo (4) présente à la Société de Derm. et de Syphiligr. un très intéressant cas d'hystéro-syphilis chez un homme, qui a séjourné en plusieurs reprises, dans le service de M. le professeur Fournier, et après l'examen le plus complet du malade et de toutes les causes auxquelles on aurait pu attribuer cette hystérie. survenant chez un homme jusque-là très bien portant ; après avoir rejeté l'alcool, le tabac, le traumatisme, l'infection, etc., il conclut que le plus rationnel et le plus légitime serait d'attribuer tous les phénomènes hystériques présentés par le malade à la syphilis et uniquement à elle.

Il continue plus loin en disant :

« Il n'est plus à démontrer aujourd'hui avec quelle fréquence la syphilis non seulement rappelle l'hystérie somnolente, mais souvent aussi l'éveille pour la première fois ; si la chose est plus fréquente, peut-être chez la femme et au début de la période secondaire, au moment du grand branle-bas que la syphilis jette alors dans le système nerveux, notre observation est un bel exemple que pareille provocation est possible chez l'homme, et au-delà de la période secondaire, la syphilis faisant pour l'hystérie comme pour la neurasthénie qu'on peut voir éclore soit dans les premiers mois, soit plus tardivement, trois, quatre ans et plus après le début de l'infection. »

Enfin tout dernièrement, dans la séance du 13 janvier de cette année, M. le professeur Fournier a présenté à la Société de dermatologie et de syphiligraphie un malade,

(4) Hudelo. Hystéro-Syphilis. Soc. de Derm. et Syphiligr., 1892, page 839.

que nous avons eu la bonne fortune d'observer dans le service pendant assez longtemps.

Ce malade présentait les symptômes les plus nets d'hystérie ; il était atteint à la fois de syphilis héréditaire pure, dont il présentait des stigmates caractéristiques sous forme d'exostoses et d'une tare s'accusant par des accidents dystrophiques héréditaires.

Il n'est plus douteux que l'enfant peut recevoir de ses parents la syphilis véritable, en nature, ou présenter seulement des stigmates de dégénérescence, dérivés des altérations toxinieuses éprouvées par les générateurs.

Discussion

La connaissance de divers accidents, que la syphilis peut développer sur le système nerveux, dans les différentes périodes de son évolution, n'est aucunement nouvelle.

C'est là, comme le fait remarquer M. le professeur Fournier « une étude qui s'est tellement élargie et enrichie de nos jours qu'elle appartient presque toute entière à ce qu'on pourrait appeler la science d'hier et d'aujourd'hui. » Laissant de côté les phénomènes nerveux, qui font partie de l'évolution normale de certaines syphilis ; nous voulons plus spécialement examiner quelle est la part de la responsabilité qui lui revient dans la genèse de l'hystérie.

L'influence de la syphilis sur l'hystérie a été remarquée par nos devanciers ; mais sans accorder au fait toute l'attention qu'il méritait, ou bien en lui donnant une interprétation fausse, de sorte que la névrose au lieu d'être l'effet direct de la syphilis n'était qu'une simple coïncidence.

La plupart des phénomènes, qu'on attribue actuellement à l'hystérie, développée au cours ou à la suite de la syphilis, n'étaient considérés autrefois que comme des phénomènes nerveux de la syphilis elle-même.

Tous les syphiligraphes et neurologistes ne sont pas d'accord sur ce point et discutent la possibilité d'accidents nerveux syphilitiques. Lancereaux s'exprime d'une manière formelle à cet égard : « Quant à croire, dit-il que la syphilis peut engendrer, même passagèrement, des névroses telles que l'hystérie et l'épilepsie, nous avouerons que rien jusqu'ici ne nous y autorise. »

Cette opinion n'a point prévalu ; l'influence de la syphilis dans la production de la névrose, n'est plus à démontrer aujourd'hui. Nombre d'auteurs des plus autorisés ont fourni des preuves indéniables sur la légitimité du rôle de la syphilis soit dans la genèse, soit dans la modification de l'évolution de la névrose.

L'action de la syphilis comme agent provocateur n'a rien qui puisse surprendre. Nous croyons avec M. le professeur Fournier, que la syphilis peut donner le coup de fouet à une névrose aussi mobile, aussi impressionnable, et aussi sujette à oscillations et à recrudescences que l'hystérie.

En effet, est-il nécessaire d'insister plus longuement sur ce fait, sur lequel tout le monde est d'accord à l'heure

actuelle, que très souvent on est exposé à assister aux exacerbations semblables, que subit l'hystérie sous l'incitation des causes les plus variées, telles que perturbations physiques, commotions morales etc. Eh bien que manque-t-il à la vérole à cet égard pour stimuler une affection si sensible aux excitations de tout genre ?

Pour ce qui est de l'influence de la syphilis sur la névrose en évolution ; cette action n'est plus à mettre en doute ! N'est-il pas habituel de voir une femme hystérique, venant d'être en plus sous le coup malheureux de la syphilis, présenter à un degré supérieur comme intensité et comme fréquence, les divers phénomènes hystériques, qui lui sont déjà familiers, ou bien présenter d'autres accidents surajoutés, de même nature, mais de forme différente. Chez cette femme donc, le rôle malencontreux de la vérole a fait subir à l'hystérie une exacerbation momentanée ; les crises sont plus fréquentes, les malaises sont plus intenses, etc.

Il est commun aussi de voir des hystéries, calmées depuis longtemps, se réveiller violemment sous l'influence de l'infection syphilitique, (obs. 11, 33, 40, 43, 44, 57).

Les faits de ce genre sont si communs, et si nombreux, depuis qu'on sait mieux les rechercher, que nous croyons inutile de nous étendre davantage sur cette première partie de la question qui nous occupe. Autrement plus importante et plus intéressante est la seconde partie du sujet : à savoir si la syphilis peut provoquer ou créer des hystéries qui n'existaient pas auparavant. Assez souvent en effet, on voit des phénomènes hystériques se montrer en même temps que la syphilis, et cela dans deux catégories de cas :

ou bien chez des femmes n'ayant jamais présenté rien de semblable jusque là et ne méritant même pas l'épithète de nerveuses ; ou bien, ce qui est plus fréquent, chez des névropathes plus ou moins accentuées.

On voit se produire alors, soit des accidents hystériques avec crises convulsives, soit seulement un état d'érethisme nerveux, caractérisé par des modifications du caractère, de l'énervement, de l'impressionnabilité, des étouffements, du globus hystericus ou encore du spasme, des tremblements, etc.

Telle est l'opinion admise et défendue depuis longtemps par M. le professeur Fournier, opinion qui a été reproduite et adoptée depuis par MM. Grasset et Huchard et d'autres auteurs.

D'ailleurs l'hystéro-traumatisme, le saturnisme et d'autres intoxications ne nous présentent-ils pas des exemples semblables ? Sur vingt-six malades observés par Berbez, chez douze, l'examen le plus minutieux des antécédents héréditaires n'a permis de rien découvrir qui pût faire prévoir l'éclosion de la névrose.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la syphilis ?

Elle ne ferait en cela que partager une faculté, une propriété particulière à toutes les infections avec lesquelles elle offre tant d'analogie. Est-elle, en effet, la seule qui par l'action directe de la matière infectante sur l'appareil sensitivo-moteur produise des névroses ? N'est-ce pas ainsi que se comportent les empoisonnements saturnins, paludéens, etc., ceux qui se rattachent aux affections charbonneuses, à la rage et, en général, à tous les virus ? Dans ces différents états constitutionnels ne voit-on pas l'ab-

sorption du principe morbifique être suivie parfois de perturbations nerveuses d'une violence extrême ?

En nous rapportant aux observations où les antécédents ont été soigneusement recherchés, nous voyons l'hystérie se développer, chez un certain nombre de syphilitiques jusqu'alors bien portant, ne possédant aucun antécédent personnel ou héréditaire (4, 5, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 21, 24, 31, 35, 39, 42, 44, 46, 47, 50, 51, 53, 55, 58).

D'après les travaux de ces dernières années et la publication de nombreuses observations, depuis que l'attention a été portée sur ce sujet, il serait impossible de ne pas admettre que la syphilis a sur l'hystérie la même influence dévolue aux diverses maladies infectieuses et générales.

Nous croyons donc permis d'admettre que la syphilis puisse, par elle-même, créer l'hystérie, et cela à l'exclusion des autres agents provocateurs. A plus forte raison, doit-elle agir sur les sujets antérieurement porteurs d'une prédisposition quelconque à la névrose.

Ceci dit, quelle est la forme de l'hystérie syphilitique ; est-elle identique à l'hystérie idiopathique, ou est-ce une hystérie de forme différente ?

La question se juge d'elle-même dans les cas où il y a eu simple réveil de la névrose déjà existante. Un individu, par exemple, ayant eu des attaques d'hystérie vraie pendant longtemps, 5, 10, 15 ans, voit tous ces phénomènes s'éteindre subitement et pour un laps de temps très long. Il contracte la syphilis, et dans les premiers jours de l'in-

fection, les attaques reparaissent, accompagnées d'autres symptômes hystériques, et présentant une plus grande intensité.

Dans cette seconde évolution de l'hystérie chez le même sujet, avons-nous affaire toujours à l'hystérie vraie, identique à celle qui existait antérieurement, ou sommes-nous en présence d'une hystérie symptomatique, c'est-à-dire d'une maladie nouvelle ? La réponse rationnelle est, sans doute, d'admettre l'identité absolue des deux affections ; la syphilis n'ayant fait que réveiller l'hystérie pré-existante.

Mais que penser sur la nature des hystéries provoquées, créées pour ainsi dire ?

Depuis plus d'une dizaine d'années, M. Charcot (1) et un peu plus tard son élève Guinon G..., se sont efforcés de démontrer que l'hystérie est « une et indivisible » ; que l'hystérie survenue à propos d'un choc ou à la suite d'une intoxication est exactement la même que l'hystérie dite spontanée. Inégales, selon les cas, quant à leurs symptômes, toutes ces hystéries accidentelles sont rigoureusement équivalentes quant à leur nature. Il serait impossible d'après eux de nier que des causes différentes puissent produire des résultats identiques. Cela est si vrai, en pathologie, qu'une maladie, comme la goutte saturnine par exemple, est absolument semblable à une autre maladie, la goutte diathésique (héréditaire ou acquise). On n'a jamais pu trouver une différence entre ces deux états morbides ; et si les lésions organiques ne sont

(1) Charcot. Leç. sur les maladies du syst. nerveux, t. II, et Progrès Médical, 1885.

pas toujours conformes dans les deux cas, cela tient à ce que le saturnisme a ses lésions propres qui s'ajoutent à celles de la goutte et les défigurent.

Il en serait de même, au point de vue symptomatique, pour la névrose accidentelle, où l'hystérie tient une place tantôt prépondérante, tantôt effacée.

Pour ces auteurs unisistes, il n'est pas impossible que tous les agents provocateurs puissent produire des changements d'état des centres nerveux ; mais de là il ne faudrait pas se croire autorisé à admettre autant de pseudo-hystéries.

Il n'y a donc pas lieu de différencier l'hystérie syphilitique de la névrose essentielle, la syphilis n'ayant joué que le rôle de cause occasionnelle chez des individus prédisposés et en puissance hystérique. C'est le sujet auquel s'adressent les différents agents, qui réagit à sa façon ; c'est en lui que résiderait la spécificité de sa maladie, laquelle est chez lui presque l'égale d'une fonction.

La rétine n'a qu'une manière de réagir aux excitations, qu'elles soient piqures, brûlures, pincements, faradisations, etc., dit M. Brissaud (1).

Cependant G. Guinon d'accord avec son maître, fait remarquer qu'il arrive souvent que la cause provocatrice imprime aux accidents hystériques un cachet spécial tenant à la cause elle-même.

Pour M. le professeur Potain (2) aussi, les manifestations hystériques les plus fréquentes observées dans les différentes périodes de la syphilis, sont de même nature que

(1) Hystéries provoquées. *Gaz. des Hôpit.* 1889 n° 134.

(2) Potain. — *Gaz. des hôp.* 1887 n° 47.

les accidents de l'hystérie pure et ce n'est que l'étiologie seule qui diffère.

Telle n'est pas l'opinion de M. le professeur Fournier, et voici comment il s'exprime sur ce fait :

« Il n'est guère douteux, d'une part, que la syphilis ne puisse servir d'occasion, de prétexte à l'éclosion d'une hystérie véritable, c'est-à-dire faire ce que fait le traumatisme, le saturnisme, ce que font tant d'autres commotions physiques ou morales.

Il y a certainement, je le crois, des hystéries qui se développent à propos de la syphilis ; il y a des hystéries vraies qui, restées en germe jusqu'alors, font explosion à l'occasion des troubles importés dans le système nerveux et dans l'organisme tout entier par la syphilis. Mais les cas de ce genre sont rares, très rares, relativement à ceux du second ordre.

D'autre part, il ne me semble guère plus contestable que les accidents hystériques qui se développent sur quantité de femmes nerveuses, au cours de la période secondaire, ne soient que des accidents hystériques de forme, sans constituer une véritable hystérie.

De cela, je trouve une preuve qui me paraît convaincante, en l'espèce, dans ce fait, que les accidents ne durent pas comme devrait durer une véritable hystérie, mais que, en réalité, ils sont passagers. Et, en effet, tout en affectant une durée variable, ces divers accidents hystériformes ne sont jamais, au total, que passagers. Ainsi, tantôt ils ne persistent que pendant quelques semaines ; tantôt ils se prolongent pendant plusieurs mois, pendant trois, quatre, cinq ou six mois.

Mais finalement, ils arrivent toujours, du moins d'après ce que j'ai vu jusqu'à présent, d'après l'ensemble des observations que j'ai pu recueillir, ils arrivent toujours, dis-je, à disparaître à un moment donné. Pour ma part, je ne les ai pas encore vus se continuer d'une façon indéfinie et dégénérer en une névrose permanente. Maintes fois, j'ai eu l'occasion de revoir à plusieurs années de distance, soit ici à l'hôpital, soit en ville principalement, des femmes sur lesquelles j'avais constaté de semblables troubles pendant le cours de la période secondaire et aucune d'elles n'avait conservé la moindre trace de la disposition hystérique que la diathèse lui avait passagèrement conférée.

Le caractère transitoire, fugace de ces accidents est peu compatible avec l'opinion qui en ferait un symptôme d'une véritable hystérie.

Somme toute, donc, ce qu'on appelle l'hystérie secondaire ne me paraît être, au moins pour la grande majorité des cas, qu'une hystérie essentiellement fugitive et curable, qu'une *pseudo-hystérie* ».

Quoiqu'il en soit, il serait prématuré, pensons-nous, de juger définitivement cette question, puisqu'il manque des observations longtemps poursuivies, relativement à l'évolution ultérieure des phénomènes survenus chez des femmes au cours de la période secondaire de la syphilis.

Nous tenons cependant à remarquer que toutes les manifestations de la névrose, se modifiant rapidement et disparaissant parallèlement aux autres accidents syphilitiques, sous l'influence du traitement spécifique, cela suffirait à établir que la diathèse est liée à la névrose par des rapports de cause à effet. L'état fugace de ces accidents,

leur disparition rapide sous la médication spécifique, est peu concevable avec l'idée d'une hystérie essentielle idiopathique.

Symptomatologie

L'hystérie syphilitique peut donner lieu à des troubles fonctionnels excessivement multiples, qui lui impriment toutes les variétés de forme qui caractérisent l'hystérie vulgaire.

Vouloir décrire les phénomènes nerveux de la vérole, c'est décrire au complet les différentes formes de la névrose vulgaire. Comme cette dernière elle peut se présenter sous deux physionomies bien déterminées : *forme convulsive* et *forme non convulsive*. Si la première est connue depuis longue date et considérée comme plus commune, la seconde est assurément plus importante au point de vue clinique.

L'ensemble complexe de symptômes, qui la caractérise, a pris depuis F. Hoffmann une importance qui a été et qui va chaque jour grandissant, parce qu'il constitue le fond même de la maladie, tandis que l'attaque, à laquelle on attachait jadis un intérêt primordial, n'en est qu'un acte passager.

« Je pense, dit Briquet, que ce n'est pas beaucoup s'éloigner de la vérité que de considérer comme probable

que la moitié des femmes atteintes d'hystérie n'a pas d'attaques ».

Cette forme non convulsive de l'hystérie, a pris une étendue assez considérable depuis que M. Charcot a décrit magistralement les principaux symptômes de cette névrose ; soit chez la femme, soit chez l'homme.

Les accidents hystériques éclatent parfois brusquement, sans prodromes, sans aucun signe avant-coureur immédiat. Il y a pourtant des cas où les signes prodromiques sont loin de faire complètement défaut, mais ils varient suivant l'apparition précoce ou tardive de ces accidents et aussi suivant la forme sous laquelle ceux-ci se présentent après l'infection syphilitique.

Que de fois il arrive au médecin de découvrir sur une région quelconque du corps une ou plusieurs zones d'anesthésie, chez des malades, qui jusqu'alors ne se sont jamais aperçus de cette anomalie. C'est une véritable surprise pour eux.

La fréquence de ces faits augmente depuis qu'on recherche un peu mieux et avec attention les troubles sensitifs, et surtout depuis qu'on les attribue à leur véritable cause.

Nous nous empressons pourtant d'ajouter que pour reconnaître la nature de la névrose, il ne suffit pas de constater et d'examiner les phénomènes que celle-ci présente, phénomènes qui n'ont, par eux-mêmes, rien qui décèle l'essence de la maladie, mais il est indispensable de bien observer le malade, en passant scrupuleusement en revue tous ses antécédents, et en étudiant attentivement son état actuel sous le rapport de la syphilis.

Pour la commodité de la description et au point de vue clinique, nous considérons l'action de l'hystérie sur :

- 1° L'état mental ;
- 2° La sensibilité ;
- 3° La motilité.

Modifications de l'état mental.

L'état mental des hystériques a été l'objet de nombreux travaux à une époque déjà ancienne. Fracastor, le premier, mentionne, mais c'est surtout Sweidiaur qui décrit cette tristesse, cette dépression morale, cette langueur extraordinaire qui transforment le caractère des syphilitiques, avant que le virus syphilitique, existant dans le corps, produise des éruptions ou autres effets visibles.

On doit distinguer deux formes bien tranchées d'état psychique chez les malades dont nous nous occupons ici :

Une forme avec *excitations*, plus commune chez la femme que chez l'homme ; une forme avec *dépression* fréquente chez l'homme.

Les femmes sont le plus souvent des fantasques folâtres, bizarres, prompts aux rires comme aux larmes, gaies, ne songeant qu'à plaire et qu'à s'amuser, soigneuses de leur personne, efféminées, changeantes et mobiles « comme la plume au vent. » Hier, elles étaient enjouées, aimables et gracieuses, aujourd'hui elles sont de mauvaise humeur, irascibles et susceptibles ; se fâchant de tout et de rien, indociles par système, méchantes par parti pris,

maussades et boudeuses par caprice, mécontentes de leur sort ; rien ne les intéresse, elles s'ennuient de tout, etc.

On rencontre par conséquent, chez ces femmes syphilitiques, la même gaité exubérante, la même anesthésie morale, le même délire, les mêmes hallucinations que nous rencontrons souvent, dans les asiles d'aliénés, chez des femmes hystériques ayant conservé toute leur vivacité. Quelquefois, cependant, elles présentent un état délirant (obs. 10, 45, 53, 54).

La connaissance de ce changement brusque du caractère tout à fait au début de la syphilis, est d'une très grande importance au point de vue du diagnostic, de la névrose, puisque ces modifications du caractère, quoique rarement, peuvent cependant exister avant ou même sans les autres accidents hystériques.

Chez les hommes on trouve le tableau contraire à celui que présentent les femmes ; ils sont sombres, anxieux et mélancoliques, indifférents à tout ce qui les environne. L'intelligence s'alourdit, le malade ne peut se livrer facilement à ses occupations habituelles ; il lui faut de grands efforts pour se mettre à lire, sa tête se fatigue rapidement ; il se décourage, se croit au terme fatal de sa maladie, pleure sans motif, se sent le plus malheureux des hommes ; il fuit la société, reste des journées entières le regard perdu dans le vague, « agitant des pensées sombres dans leur pauvre cerveau » dit M. Charcot (1), ils ont leur sommeil continuellement interrompu par des cauchemars effrayants, des visions de bêtes monstrueuses, de figures inhumaines qui

(1) Charcot. Traité des maladies du syst. nerveux. t. III. — Hystérie chez l'homme.

se précipitent sur eux, les tourmentent, les attaquent, veulent les tuer, les dévorer. En outre ils ont des hallucinations, des délires.

Cet ordre de faits se retrouve assez fréquemment aussi comme symptômes de la diathèse syphilitique ; il n'y aurait même entre ces phénomènes nerveux diathésiques et les hystériques, qu'un pas, que la susceptibilité nerveuse de certains individus peut franchir aisément.

« Souvent, dit M. Zambaco, le caractère des malades est profondément altéré ; ils sont sujets à un état d'irritabilité et d'inquiétude inexplicable ; il se manifeste de légers symptômes d'hystérisme ; parfois même éclatent, pour la première fois, des véritables accès hystériques ».

Cet état nerveux général a été déjà mentionné par Ricord sous le nom de *névrose*, caractérisé par la variation des manifestations selon les aptitudes et les susceptibilités individuelles.

A mesure que les attaques se répètent, la mémoire diminue de plus en plus ; l'intelligence va aussi en s'affaiblissant et le malade aboutit à l'aliénation mentale complète. Cette démence particulière peut apparaître à une époque plus ou moins rapprochée de l'éclosion de la maladie, peut varier d'intensité d'un moment à l'autre. Sur cette démence primitive viennent se greffer des accès d'agitation à forme maniaque, qui dissimuleront jusqu'à un certain point, et cela pendant assez longtemps, l'existence de la déchéance intellectuelle. Les deux malades de M. Fournier nous présentent le meilleur exemple de cet état grave de la névrose syphilitique. L'un de ces malades a été pré-

senté à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie en 1891 (obs. 47).

Ce malade était sujet à des crises de larmes à tout propos, sans cause, l'obligeant à se cacher pour qu'on ne se moque pas de lui. Après il a été pris de véritables accès d'éclats de rire provoqués par la fixation visuelle d'un objet brillant. Plus tard étant dans une crise d'aliénation mentale, et ayant été mis en colère par des railleries, il a pu occasionner avec son couteau des blessures sur un de ceux qui le plaisantaient.

M. Fournier n'a pas hésité à affirmer qu'il se trouvait en présence d'un état grave d'hystéro-syphilis, en raison de l'absence complète de tous antécédents soit héréditaires soit personnels. Rien ne faisait pressentir l'hystérie chez lui — c'est la syphilis seule qui a déterminé le branle-bas — et la névrose est apparue en pleine période secondaire et elle a fait partie d'un groupe d'accidents indéniablement syphilitiques.

Il en était de même d'un autre malade syphilitique héréditaire celui-là, que M. Fournier a présenté à la société le 13 janvier 1898 et que nous avons pu observer pendant plus d'un mois dans le service.

Il a eu à une époque toutes les manifestations de l'hystérie mentale pour laquelle il a été soigné à Sainte-Anne. (Observation 58).

D'autres fois, les malades passeront d'un état d'excitation intense à un état de dépression, de grande stupeur, qui indiquera que l'état mental est plus profondément

* Voir l'observation.

atteint qu'on ne l'aurait cru pendant la période d'excitation.

Enfin, un des grands caractères de cette démence, caractère qu'on ne retrouvera pas dans la démence secondaire, consécutive aux aliénations mentales par troubles fonctionnels, c'est qu'elle est la plupart du temps curable.

Troubles de la sensibilité

Les plus intéressants et les mieux connus des phénomènes nerveux de la période secondaire de la syphilis, sont ceux relatifs à la sensibilité générale ou sensorielle.

Pendant longtemps, les auteurs qui ont étudié les manifestations nerveuses de la vérole n'ont attaché qu'une médiocre importance aux troubles de la sensibilité et ne les ont guère admis que comme associés et toujours subordonnés aux désordres de la motilité.

Depuis une trentaine d'années, ont paru de très importants travaux sur ce sujet. Nous mentionnerons tout particulièrement ceux de Zambaco (1), Fournier (2), Faid (3), Loubat (4), Pitres (5), et d'Aurelles de Paladine (6).

(1) Zambaco. Loc. cit.

(2) Fournier. Leçons sur la syphilis et Journal de médecine et de chirurgie, 1888. (Phén. nerveux dans la période second. de la syph.)

(3) Faid. Loc. cit.

(4) Loubat. Phén. nerveux de la syphilis secondaire chez la femme. Paris 1879.

(5) Pitres. Des anesthésies hystériques. Bordeaux 1887.

(6) Paladine. De l'anesthésie hystérique. Contribution à l'étude, etc.

Parmi les troubles de la sensibilité, le plus important par sa fréquence et par sa constance, celui qui attire l'attention aussi bien des malades que du médecin, est, sans contredit, *la céphalée*.

Ce symptôme qui est commun, on peut le dire, dans tous les cas de tumeurs cérébrales, a pourtant dans la syphilis des caractères spéciaux qui, par eux seuls, permettent déjà de la soupçonner. C'est une douleur, le plus souvent diffuse, généralisée, profonde, intracrânienne, sans substratum anatomique défini. D'autres fois, elle est circonscrite, partielle, localisée en un point, occupant le plus habituellement la région frontale ou fronto-pariétale, mais pouvant aussi siéger au niveau de l'occiput. Parfois peu accusée, bornée à une sensation de pesanteur, de constriction autour du front, elle atteint le plus généralement une intensité souvent extrême et une persistance presque caractéristique. La douleur est lancinante, gravative, contractive ; très souvent elle est accompagnée de tout un cortège de troubles mentaux que nous avons décrits plus haut. Cette céphalée intense se présente dans sa marche avec deux types différents : l'un continu avec exacerbations vespérales ou nocturnes ; l'autre intermittent, les accidents se produisant le soir, la journée s'étant passée d'une façon normale. (Fournier.)

Il n'est pas toujours facile de distinguer la céphalée syphilitique de celle attribuée à l'hystérie de la période secondaire de la syphilis. M. Charcot (1), qui a mentionné cette difficulté, insistait surtout sur les autres stigmates

(1) *Progrès Méd.*, 51, 1888.

hystériques qui permettent le plus souvent d'arriver au diagnostic de la nature et de l'origine de la céphalée.

Se basant sur le fait que conjointement avec la céphalée était apparue chez un malade une hyperesthésie particulière du cuir chevelu, telle que le malade ne pouvait supporter le moindre frôlement, phénomènes hystériques de premier ordre, n'ayant rien à faire avec la syphilis, l'éminent professeur de la Salpêtrière arrive à incliner vers la céphalée hystérique.

Et cependant il ne nie pas l'existence de la céphalée syphilitique à un moment donné chez le même malade : « Peut-être, dit M. Gilles de la Tourette, un jour, avait-il existé une céphalée syphilitique promptement guérie par le traitement, et la céphalée hystérique s'était-elle substituée à la céphalée spécifique depuis longtemps disparue, en évoquant pour les faire revivre à ses propres frais les souvenirs laissés et imprimés dans le cerveau par sa devancière suivant le mécanisme de l'auto-suggestion ».

Cette céphalée tenace, nous l'avons trouvée presque dans toutes les observations que nous avons pu recueillir.

Comme conséquence habituelle de cette céphalée, nous signalons l'insomnie, qui est fréquente et qui épuise beaucoup les malades. (Obs. 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 48, 49, 54). Quelquefois elle peut les tourmenter en dehors de toute céphalalgie concomitante. — Se montre dès le début de toutes les manifestations cérébrales et les annonce quelquefois longtemps à l'avance, comme le dit Georget (1).

Bien plus importants sont les troubles nerveux que la

(1) Georget, *Physiol. du système nerveux*, 1821.

syphilis fait affecter à la sensibilité générale. Cette action altérante de la syphilis peut déterminer soit une exagération de la sensibilité (hyperesthésie), soit plus fréquemment une diminution ou plutôt une abolition (analgésie). Cette dernière encore peut présenter des variations nombreuses de forme, selon qu'elle porte sur un ou plusieurs modes de la sensibilité ; il est excessivement plus rare d'assister à l'évolution simultanée chez le même malade de tous ces modes de sensibilité.

Les deux formes anormales de la sensibilité, — hyperesthésie et analgésie, peuvent être généralisées et occuper toutes les régions du corps, ou bien ce qui est habituellement plus fréquent, elles sont limitées plus tôt, soit dans un seul côté, soit dans un seul membre ; elles se déplacent et se succèdent avec une facilité singulières, mais leur distribution capricieuse est complètement indépendante des territoires nerveux anatomiques. En un mot elles présentent les formes les plus bizarres et les plus variées, et, chose singulière, sous l'influence d'une seule et même cause, sans qu'on puisse déterminer rigoureusement quelles sont les conditions secondaires qui font plus particulièrement éclater l'un ou l'autre de ces modes pathologiques (Bertrand).

L'*hyperesthésie* est relativement rare chez les syphilitiques, comparativement à l'analgésie et à l'anesthésie ; mais cependant on l'observe quelquefois sur certaines régions très limitées du tégument et elle ne dépasse jamais ces limites (11, 18, 23, 34, 44, 45, 52, 53, 58.)

Ainsi elle peut envahir le cuir chevelu, et en pareil cas le plus léger contact arrache des cris douloureux aux

Kirkoff

4

malades (obs. 16, 26, 32, 35, 42, 52) ; de même on a pu voir des malades qui ne pouvaient supporter le plus simple frôlement des vêtements ou des couvertures de leur lit sur les parties hyperesthésiées, sans pousser des cris douloureux. C'est un des caractères essentiels de l'hyperesthésie de ne se révéler que par l'application des excitants naturels de la sensibilité : ainsi quand on vient à toucher ou à presser fortement la peau qui est le siège de l'hyperesthésie on ne détermine pas de douleur ; tandis que s'il s'agissait de névralgies superficielles ou profondes, lesquelles accompagnent quelquefois l'hyperesthésie, on aurait occasionné de très vives douleurs. Si au contraire on effleure légèrement la surface hyperesthésiée on provoque des cris de douleur.

Cette hyperesthésie est généralement superficielle, puisque la partie qui en est atteinte supporte plus facilement et sans douleur une pression profonde, qu'un simple et léger frôlement.

Cette modification de la sensibilité se manifeste, chez les malades, par des sensations très différentes : tantôt c'est une véritable douleur analogue à celle qui se produit par exagération de la sensibilité sur la peau dénudée de son épiderme ; tantôt c'est une sensation plus intense de chaleur, de brûlure ; tantôt enfin les malades accusent des sensations bizarres de picotements, de fourmillements, de démangeaisons.

On remarque quelquefois que ces zones d'hyperesthésie correspondent à une zone hystérogène.

A l'hyperesthésie, succède souvent, mais pas d'une façon constante, une diminution de la sensibilité (anesthésie

ou analgésie); d'autres fois on remarque, autour des surfaces hyperesthésiées, de l'anesthésie et de l'analgésie et il semblerait, suivant la séduisante explication de Cabanis, que la sensibilité abandonne certains points de la surface cutanée pour se concentrer sur d'autres (Faïd).

Enfin cette hyperesthésie, outre sa mobilité, a pour propriété la même facilité que l'hyperesthésie hystérique de présenter le phénomène du transfert sous l'influence des métaux. Aucune différence ne la distingue des accidents hystériques de même nature, si ce n'est son étiologie spéciale et la facilité avec laquelle elle cède le plus souvent au traitement spécifique (Bertrand).

Anesthésie. — L'abolition de la sensibilité est beaucoup plus importante que celle que nous venons d'étudier, tant par ses variations de modalités que par sa fréquence relative, dans la période secondaire de la syphilis, sinon chez l'homme, du moins plus particulièrement chez la femme (obs. 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 40, 43, 44, 46, 48, 51, 52).

Cette seconde variété de troubles nerveux peut affecter la sensibilité de différentes façons et donne lieu à des variations nombreuses de forme. Tantôt les manifestations morbides ne portent que sur le sens de la douleur, laissant les autres sensations intactes — c'est *l'analgésie*; tantôt elles intéressent à la fois et les sensations douloureuses et les sensations tactiles, mais avec conservation du sens de la température — dans ce cas les malades sont simultanément *analgésiques* et *anesthésiques*. Enfin dans d'autres cas la sensibilité peut être plus ou moins altérée

dans toutes ses formes, c'est-à-dire, qu'outre l'analgésie et l'anesthésie, il y a perte du sentiment de la température.

De toutes ses variétés l'anesthésie est la plus fréquente, et la thermo-anesthésie est la plus rare.

Il nous serait impossible d'entrer dans toutes les considérations détaillées, relatives à toutes ces différentes formes de manifestations de troubles de la sensibilité chez les syphilitiques, car cela nous entrainerait inutilement beaucoup trop loin.

Malgré l'analogie complète entre les diverses formes d'anesthésie, observées dans l'hystérie idiopathique, et celles dues à la syphilis, il y a lieu d'insister tout de même sur certains points, en signalant les quelques particularités, relevées par les auteurs.

Quand l'anesthésie est accompagnée de quelques-uns des autres stigmates hystériques, il serait dans ce cas impossible d'émettre aucun doute sur sa nature ; mais n'oublions pas que l'hystérie faisant éruption chez un syphilitique peut n'être représentée que par de l'anesthésie. C'est donc en pareil cas sur les caractères de ce seul trouble de la sensibilité que doit se baser la constatation de l'existence de la névrose. Mais il faut dire tout de suite que ces caractères ne subissent aucune modification de la part de l'infection syphilitique ; cette anesthésie ne diffère pas sensiblement de celles liées à une hystérie manifeste : même distribution capricieuse, bornée à une moitié du corps, à un segment seulement ; ou enfin même généralisation, même dissociation des différents modes de la sensibilité, même modalité, etc. D'autre part cette anesthésie peut s'atténuer, disparaître, d'une façon brusque ou graduelle, momentanée

ou permanente, soit spontanément, soit sous l'influence des esthésiogènes en général, métallothérapie, aimant, faradisation, de la suggestion. Enfin elle a le même mode de début ; succède à une attaque d'apoplexie hystérique, à des convulsions, ou bien s'installe insidieusement, graduellement. Sa marche et sa terminaison surtout peuvent avoir toutes les nuances variées que nous constatons dans l'anesthésie hystérique.

« Ces anesthésies, dit Bertrand, que nous voyons survenir au début de la syphilis sans qu'elles paraissent liées à un état hystérique nettement caractérisé, sont de nature hystérique, leur analogie le démontre ; mais la démonstration devient encore plus nette quand cette anesthésie, d'abord isolée de stigmates hystériques manifestes, est suivie peu de temps après de véritables attaques d'hystérie ou d'accidents hystériques nets tels que suffocation avec sensation de boule.

Cette anesthésie n'est alors qu'un signe du premier stade de l'hystérie, la maladie nerveuse recevant plus tard une nouvelle impulsion par le fait de la marche progressive de l'infection syphilitique.

Dès lors, rien de plus légitime que d'admettre que lorsque nous nous trouvons en présence d'une anesthésie syphilitique liée à d'autres phénomènes nerveux moins nettement hystériques, nous avons affaire à une hystérie fruste, qui soit par défaut d'aptitude de l'organisme atteint, soit par une insuffisance de l'infection causale, soit par le fait de traitement, n'a pas suivi son évolution complète. »

Nous n'osons pas aller jusqu'à tel extrême et nier à l'infection syphilitique le pouvoir de produire l'anesthésie

pour son propre compte et nous croyons qu'il est plus prudent de considérer comme fait très rare que l'hystérie ait pour unique manifestation rien que l'anesthésie. Habituellement celle-ci est plus fréquemment accompagnée par d'autres signes manifestes de la névrose : changement de caractère, étourdissement, boule hystérique, troubles visuels, spasmes, parésies, (obs. 10, 24, 26, 27, 28, 29, 44, 48, 49, 51).

Les organes de sens sont aussi également atteints à un degré variable suivant les cas. Du côté de la vue on observe de l'amblyopie pouvant aller jusqu'à l'amaurose occupant ordinairement le côté malade seulement. Cette amblyopie est caractérisée d'une façon générale par : le retrécissement du champ visuel, la dyschromatopsie spéciale, mais non constante, l'intégrité relative de l'acuité visuelle, et l'absence de lésions du fond de l'œil, (Nittier). L'ouïe est tantôt simplement affaiblie, tantôt complètement abolie du côté où siège l'hémi-anesthésie, rarement de deux côtés. Le goût aussi est émoussé ou complètement perdu sur une moitié ou sur la totalité des muqueuses qui lui sont affectées.

Les troubles nerveux du système digestif sont très fréquents aussi, ce sont : gastralgie, vomissements, dyspepsie, boulimie. Cette dernière est très variable dans sa durée, qui peut être de quinze jours, de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. Elle cesse ordinairement brusquement, mais peut reparaitre à plusieurs reprises. Chez le malade de M. Gastou, (obs. LI), elle a été la première manifestation de la névrose et elle est restée le symptôme dominant.

« Les conditions individuelles particulières, a dit M. le professeur Fournier, font varier l'aspect de la syphilis dans une large mesure et on a pu dire avec raison que chacun fait sa syphilis à son image. Le fumeur, par exemple, présente une forme toute spéciale de syphilis, remarquable par la repullulation incessante des plaques muqueuses à la période secondaire et par la production de glosites particulières à la période tertiaire.

Il en est de même des accidents nerveux qui frappent ceux qui, atteints de syphilis, portent en eux une tare héréditaire ou acquise du système nerveux. »

Que l'hystérie existe à l'état latent, chez les individus, frappés par la syphilis, soit qu'ils fussent prédisposés, de par leur hérédité, soit qu'ils réunissent, de par leur constitution particulière, ou leur état général les conditions nécessaires pour l'évolution de la diathèse, « comme le veulent certains auteurs », il serait cependant téméraire de nier, croyons-nous, l'influence que l'infection syphilitique peut exercer sur la forme particulière des accidents.

C'est ce que l'Ecole de la Salpêtrière avec Charcot, a été forcée de reconnaître en voulant soutenir l'identité de l'hystérie syphilitique avec l'hystérie vulgaire. Il était donc de nécessité d'admettre que la syphilis, bien que n'ayant qu'une importance réduite sur la production des phénomènes hystériques, imprime pourtant aux manifestations de l'hystérie, des caractères et des modifications toutes spéciales.

C'est dans ces particularités et dans ces modifications

spéciales de l'anesthésie, qu'on doit voir, il nous semble, le cachet même de l'hystérie spécifique.

Examinons ces modifications :

L'anesthésie syphilitique, revêt assez rarement la forme d'hémianesthésie. contrairement à ce que nous voyons dans l'anesthésie hystérique vulgaire ; plus rarement encore elle s'installe sur deux points symétriques du corps, c'est-à-dire qu'on observe sur un côté ce que l'on constate sur l'autre. Enfin beaucoup plus rarement elle peut prendre la forme généralisée et dans ces circonstances on peut le constater sur les membranes muqueuses, qui avoisinent les orifices naturels.

Plus fréquemment, elle est partielle, et, dans ce cas, elle a pour siège de prédilection les extrémités des membres, c'est-à-dire les mains, les avant-bras, les pieds, ect. Dans ce cas, elle affecte la forme assez fréquente en gigot ou en manchette (obs. 17, 38).

D'autres fois, cette analgésie partielle est encore plus circonscrite, et s'observe particulièrement soit à *la face dorsale du métacarpe*, soit à *la région du sein* ; elle apparaît tout d'abord sur la face dorsale de la main où elle atteint son intensité maxima, et disparaît en dernier lieu de ce point.

De plus, elle n'affecte pas pour le côté gauche du corps cette prédilection que manifeste l'anesthésie dans l'hystérie ordinaire.

Un phénomène fréquent qui ne se rencontre presque jamais sans être accompagné d'anesthésie, est la sensation de refroidissement des extrémités. Ce trouble nerveux est

si étroitement lié à l'anesthésie que M. Fournier (1) a pu dire que quand les syphilitiques annoncent la production de ce phénomène, il faut toujours chercher l'anesthésie. Cette algidité se manifeste aux mains et aux pieds, et peut présenter deux modalités différentes. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il y a exagération sudorale localisée, sans variation appréciable de la température locale, quelquefois même, il y a élévation de cette température (obs. 3, 9, 8, 17, 22, 23, 28, 48).

C'est alors pendant la période fébrile de la syphilis que l'on rencontre quelquefois ces manifestations particulières qui sont généralement l'indice des syphilis graves. D'autres fois, les cas sont plus rares, il y a un véritable abaissement de la température locale (Fournier).

Enfin, une dernière particularité à noter, c'est que si l'analgésie se rencontre souvent seule, sans anesthésie, la réciproque ne s'observe presque jamais. L'anesthésie est très fréquemment associée à l'analgésie dans l'hystérie vulgaire.

Malgré les modifications de l'anesthésie que nous venons de passer très rapidement en revue, MM. Charcot et Guinon pensent que ces caractères particuliers, ne sont pas suffisants pour faire qualifier d'anesthésie syphilitique cette anesthésie constatée en cas de syphilis ; les mêmes variations peuvent se rencontrer accidentellement dans l'hystérie vulgaire.

M. le professeur Pitres commente et complète la pensée de Charcot en disant : « Rien ne prouve d'une façon

(1) Journal de médecine et de chirurgie, 1888.

certaine que les anesthésies syphilitiques soient d'origine virulente diathésique. Il est très vraisemblable qu'elles se développent à l'occasion de la syphilis, chez les sujets préablement hystériques ou prédisposés à l'hystérie, et qu'elles ne doivent pas être séparées des anesthésies hystériques «.

Mais ces auteurs n'arrivent pas cependant à nier absolument la possibilité de certaines formes d'analgésie de nature syphilitique ; seulement, disent-ils, quand on a affaire à des malades porteurs de troubles profonds de la sensibilité, soit généralisés, soit limités à une moitié du corps, et surtout si ces mêmes malades ont des attaques d'hystérie, on est beaucoup plus tenté de mettre ces troubles sur le compte de l'hystérie que de les attribuer à la syphilis.

M. Fournier, sans nier la part qui revient à l'hystérie, soutient que la syphilis peut engendrer, comme l'hystérie, l'analgésie et l'anesthésie, parmi les nombreux phénomènes nerveux qu'elle provoque. Pour notre maître, si l'anesthésie est commune dans l'hystérie, elle est, au contraire, rare dans la vérole ; tandis que c'est l'inverse qui arrive pour l'analgésie.

D'autre part, dans l'hystérie, au milieu d'un vaste champ insensible, on verra souvent un espace plus ou moins étendu atteint d'hyperesthésie très intense. On ne voit jamais se produire le même accident dans la diathèse syphilitique, ou du moins c'est un phénomène d'une excessive rareté.

En admettant même l'existence de cette hyperesthésie, sa rareté comparée à sa fréquence relative dans l'hys-

térie, cela seul ne prouverait-il pas en faveur de l'existence des troubles sensitifs syphilitiques ? Dans la syphilis, nous voyons, d'un côté, l'analgésie très commune, mais ne se compliquant à peu près jamais d'hyperesthésie ; d'un autre côté, cette même analgésie plus rare et s'accompagnant plus souvent d'hyperesthésie. Ceci prouve, il nous semble, que des phénomènes propres, isolés, à manifestations quelquefois identiques, se produisent dans la syphilis et dans l'hystérie.

Le siège spécial de l'anesthésie syphilitique au sein et à la face dorsale des mains ; sa fréquence et son apparition correspondant avec d'autres accidents syphilitiques (éruptions cutanées, papules muqueuses, etc.), ou avec d'autres phénomènes de même nature affectant le système nerveux ; l'heureuse action du traitement ; ne sont-ce pas là autant de preuves capables de démontrer que la diathèse syphilitique, comme l'hystérie, peut engendrer, faire naître de toutes pièces des troubles nerveux sensitifs.

N'est-il pas curieux de voir des malades, même hystériques, antérieurement examinés soigneusement sous le rapport de la sensibilité, ne présenter aucun trouble sensitif à leur entrée, alors que huit jours après surgit et progresse à vue d'œil ce même trouble !

Nous ne pouvons pas suivre notre Maître dans tous les détails sur cette question, sans sortir du cadre de notre sujet ; nous voulons seulement faire ressortir qu'il peut exister une analgésie syphilitique, comme il existe une analgésie hystérique. Quand, par malheur, la vérole vient se greffer sur l'hystérie, on a alors un accroissement des phénomènes nerveux. On aurait alors mauvaise grâce à

méconnaître la part qui revient à la syphilis dans l'augmentation de ces phénomènes nerveux.

Avant de terminer, nous voulons remarquer que cette anesthésie caractérisée par sa distribution capricieuse, répandue en zones bizarrement découpées, sans aucun rapport des territoires nerveux, peut se rencontrer encore en dehors de toute hystérie manifeste, dans quelques affections cérébrales, les lésions capsulaires entre autres.

Toutes ces lésions produisent toujours l'hémianesthésie.

Depuis les autopsies de Turk, les observations de Charcot, Veyssière, Raymond, Ballet, il est absolument acquis aujourd'hui qu'il existe une hémianesthésie cérébrale, reconnaissant pour cause une lésion organique qui a son siège dans le siège postérieur du segment lenticulo-optique de la capsule interne ou dans l'épanouissement de ces fibres dans la couronne rayonnante. Cette hémianesthésie présente une parfaite ressemblance même dans les plus fins détails, avec l'hémianesthésie hystérique.

Comme dans l'hystérie, la disparition de la sensibilité est totale ou partielle ; même dissociation de ses diverses modalités ; les organes des sens n'étant pas mieux respectés, même diminution de l'acuité visuelle ; même rétrécissement concentrique et général du champ visuel pour les couleurs ; même absence de lésions pathognomoniques du fond de l'œil, etc. (Charcot (1)).

Mais alors, le diagnostic de l'hémianesthésie en pareille occurrence serait impossible à ne considérer que l'hémia-

(1) Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux t. III.

nesthésie seule et isolée. Habituellement dans l'hystérie elle est toujours accompagnée d'autres stigmates, tels : boule hystérique, zones hysterogènes, différents troubles psychiques et moteurs, etc. C'est donc en examinant le mode de groupement, le mode d'évolution de tous ces accidents concomitants et non pas seulement les caractères propres de la seule hémianesthésie, qu'on peut arriver à les différencier l'une de l'autre.

Car suivant la juste remarque de M. Charcot, dans l'hystérie, comme dans toutes les maladies, aucun phénomène pris isolément ne saurait être vraiment caractéristique.

En présence, par conséquent, de tous ces accidents, et des circonstances dans lesquelles ils ont fait leur apparition il est impossible de les confondre, à moins de supposer la coexistence, bien peu vraisemblable, de deux lésions distinctes : l'une capsulaire, rendant compte de l'hémianesthésie, l'autre corticale, expliquant les troubles moteurs. (d'Aurelle de Paladines).

Nous verrons plus loin que l'hémiplégie qui accompagne l'hémianesthésie organique présente généralement certaines particularités qui peuvent encore venir en aide pour distinguer cette hémianesthésie de celle d'origine hystérique.

Mais en tout cas, il est très rare que l'hémianesthésie hystérique ait absolument le tableau complet de l'hémianesthésie organique. Cette dernière, en effet, est, en général, complète, permanente, ne rétrocedant guère, ou du moins n'étant pas passible d'une guérison complète ; tandis que la première est plus fantaisiste, peut disparaître brusque-

ment, reparaitre, sauter d'un point à un autre. Enfin l'hémi-anesthésie hystérique a pour preuve manifeste de son existence, le phénomène du transfert.

Cette analgésie doit être différenciée encore de l'analgésie d'origine spinale. Malgré que la confusion soit encore moins facile à commettre, puisque elle se présente avec un ensemble de caractères personnels tels qu'ils éloignent d'emblée toute idée d'hystérie. Cette analgésie s'installe lentement, graduellement avec des signes prémonitoires tels que : sensations hyperesthésiques diverses, fourmillements, picotements. Elle n'atteint jamais d'emblée son summum d'intensité ; enfin, la régularité de sa distribution, l'absence de cette prédilection à porter sur certains modes de sensibilité, le défaut de mobilité la différencient nettement de l'analgésie hystérique.

L'hémianesthésie spinale existe du côté opposé à l'hémiplégie ; il s'agit d'une hémiparaplégie avec *anesthésie croisée*. Dans l'hystérie au contraire les troubles sensitifs et les troubles moteurs occupent le même côté.

L'hémianesthésie spinale respecte toujours la face ; au contraire celle-ci est fréquemment frappée d'hémianesthésie dans l'hystérie.

L'anesthésie des muqueuses, tapissant les orifices de la face, comme aussi l'anesthésie des organes sensoriels font, bien entendu, toujours défaut dans les lésions spinales ; elles sont fréquentes, au contraire, dans les anesthésies hystériques.

Enfin l'exaltation des réflexes médullaires, les troubles vésicaux, l'apparition à un moment donné d'autres phéno-

mènes révélant une sclérose, constituent un ensemble d'accidents amplement suffisants pour affirmer la nature spinale de l'anesthésie qu'ils accompagnent.

Il nous reste, enfin, à différencier l'anesthésie hystérique de l'anesthésie due à une lésion nerveuse organique, à une névrite périphérique. Mais tout d'abord, ici comme le fait remarquer D'Aurelle de Paladine (1) il ne saurait être question d'hémianesthésie, puisqu'on ne comprendrait pas comment la simple lésion d'un nerf pourrait rendre compte d'une anesthésie occupant une moitié du corps, surtout cette anesthésie est limitée aux muqueuses ou aux organes des sens. Le diagnostic, par conséquent, ne saurait être invoqué et mis en discussion qu'à propos de ces cas d'anesthésie hystérique localisée à un membre ou à un segment de membre. Mais ici encore, la plus rapide comparaison suffit à démontrer qu'il ne s'agit pas de névrite.

En cas de lésion nerveuse, en effet, l'anesthésie serait annoncée par des douleurs, siégeant sur le nerf, par des fourmillements, par des hyperesthésies, etc. ; au contraire l'anesthésie hystérique survient tranquillement à l'insu du malade. L'anesthésie névritique ne saurait présenter ces bizarres distributions complètement indépendantes du territoire anatomique des nerfs, cette mobilité des accidents, cette netteté des contours, et les brusques limites qui séparent les parties anesthésiées des régions saines. Enfin les réactions vis-à-vis des esthésiogènes, sont le propre de l'anesthésie hystérique.

(1) D'Aurelle de Paladine. De l'anesthésie hystérique, contribution à l'étude des associations morbides en pathologie nerveuse.

Troubles de la motilité

Nous nous contenterons dans ce chapitre de donner un simple résumé des principaux et importants troubles moteurs de l'hystérie syphilitique, renvoyant pour plus amples détails sur la matière aux travaux de Ricord (1), Zambaco (2), Vialle (3), Lepetit (4), Debove (5), Furet (6), Roubry (7), Potain (8), Achard (9), Bargaud (10), Richard (11).

Ces accidents moteurs développés sous l'influence de la syphilis, et coïncidant avec les troubles de la sensibilité n'existent que dans la période tertiaire de la syphilis, et ne s'observent jamais dans sa période secondaire.

Il nous semble qu'il est intéressant de faire remarquer, dit Bertrand, que cette constatation nous montre entre l'hystérie syphilitique et l'hystérie pure une différence

(1) Ricord. Loc. cit.

(2) Zambaco. Loc. cit.

(3) Vialle. Essai sur les paraplégies syphilitiques. Thèse de Paris 1875.

(4) Lepetit. Etude sur la paraplégie syphilitique. Thèse de Paris 1878.

(5) Debove. Soc. méd. des hôp. 13 août 1886.

(6) Furet. Loc. cit.

(7) Roubry. Thèse de Paris 1889.

(8) Potain. Gaz. des hôp. n° 47, 1887.

(9) Achard. De l'apoplexie hystér. Th. de Paris 1887.

(10) Bargaud. Hémiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis. Thèse de Paris 1885.

(11) Richard. Contrib. à l'étude de l'hémiplégie hyst. chez les syphilitiques. Th. de Paris 1887.

encore bien plus marquée et bien plus intéressante que celles que nous avons notées jusqu'ici.

Nous voyons, en effet, que dans les seules observations, jusqu'ici publiées, ayant trait à des troubles moteurs dus à l'hystérie syphilitique, tous sont relatifs à des syphilis déjà anciennes. Il semble que la syphilis, à cette période, détermine une localisation plus spéciale de l'hystérie. « Ce fait n'avait pas échappé à Zambaco, qui constate cette sorte d'extension des accidents hystériques à mesure que l'action du virus syphilitique tend, au contraire, à se limiter. »

Ces troubles consistent principalement en attaques convulsives, contractures et paralysies.

L'attaque convulsive varie depuis la simple syncope, le plus faible degré de la petite attaque hystérique, jusqu'à la grande attaque avec perte de connaissance, grands mouvements, attitudes passionnelles, etc. ; phénomènes absolument analogues à ceux de l'hystérie pure. Cette apoplexie hystérique présente certaines particularités d'une grande importance au point de vue diagnostique. Le coma de cette apoplexie s'accompagne du même état de résolution musculaire que dans les cas de lésions encéphaliques, et comme dans l'apoplexie organique on peut reconnaître, pendant l'attaque le côté hémiplégié. On observe même la déviation conjuguée de la face et des yeux ; et on a vu aussi la contracture des membres du côté opposé au côté hémiplégié. Il y a parfois rétention d'urine (obs. 54) ; la température et le pouls ne sont pas toujours à l'état normal (obs. 54). La respiration n'est pas stertoreuse, mais offre quelquefois des irrégularités ; elle

peut descendre à dix et même cinq inspirations par minute. Enfin elle se manifeste plus souvent pendant la nuit et se prolonge jusqu'à deux et trois jours (obs. 55).

C'est avec raison que Sydenham a pu dire « quand l'hystérie attaque le cerveau, elle produit quelquefois une apoplexie entièrement semblable à l'apoplexie ordinaire et qui se termine comme elle par l'hémiplégie. »

Les *contractures* qui sont les plus rares parmi ces troubles moteurs de l'hystérie syphilitique, ne diffèrent pas de celles de l'hystérie vulgaire (43, 52, 57).

Les plus fréquents des accidents, sont les *paralysies*, qui peuvent se rencontrer sous toutes les formes, depuis la monoplégie, jusqu'aux hémiplégies bien délimitées et aux paralysies complètes de trois ou quatre membres. Elles s'accompagnent toujours d'anesthésie distribuée de façon toute spéciale, comme nous l'avons vu ; en gigot, en manchon, en manche de veste, s'il s'agit de monoplégies ; plus rarement sous forme d'hémianesthésie, si l'on a affaire à une hémiplégie (obs. 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 45, 47, 49, 50, 54, 55, 56, 58),

La présence simultanée de l'anesthésie sensible et sensorielle est le symptôme capital de ces paralysies ou plutôt de ces parésies, symptôme qui les sépare nettement de toutes les paralysies organiques de même que des paralysies (hémiplégie) syphilitiques vraies. Le début de toutes les paralysies hystériques se fait le plus habituellement d'une façon brusque ; elles sont précédées parfois d'un ictus apoplectique ; il est plus rare de les voir survenir lentement. Le membre inférieur serait souvent plus atteint que

le membre supérieur, contrairement à ce qui se passe dans les hémiplegies organiques (Richard).

Les paralysies hystériques ont une grande prédilection pour le côté gauche, et le membre atteint peut être également frappé d'atrophie musculaire, comme l'ont montré les travaux de M. Babinski (1). Les réflexes tendineux sont généralement diminués dans ces paralysies névrosiques (hystériques).

Quoique, d'après Tood et Charcot, un des principaux caractères des paralysies hystériques consisterait dans l'absence de la paralysie faciale, on a pu, cependant, constater des cas, où la participation de la face paraissait du moins indiscutable (Lombroso). Mais un examen plus attentif de la déviation des traits démontre qu'il s'agit, dans ce cas, d'un hémispasme, siégeant tantôt du côté de l'hémiplegie des membres, tantôt du côté sain. Cette immunité absolue de la face dans l'hystérie a été infirmée par quelques auteurs. Dumontpallier (2) et Lombroso (3) ont rapporté des observations sur lesquelles ils s'appuient pour conclure que : dans l'hémiplegie hystérique, on peut rencontrer quelquefois la paralysie faciale et que l'on ne peut alors différencier cette hémiplegie de l'hémiplegie ordinaire.

Comme caractère principal et important, nous venons de le voir, dans les paralysies d'origine hystérique : les troubles de la sensibilité sont beaucoup plus accusés et au

(1) Babinski. Archives de neurologie, 1886.

(2) Soc. méd. des hôp.

(3) Paralysie et hémiplegie hystérique (Lo sperimentale 1886).

premier plan. Il n'y a pas alors paralysie véritable, mais simple parésie, et celle-ci disparaît plus rapidement que l'anesthésie.

Au contraire dans les paralysies organiques, les troubles moteurs ne sont pas toujours accompagnés de troubles sensitifs. Nous avons vu, cependant, que Turck a démontré l'existence d'une hémiplégie d'origine capsulaire, qui pourrait au premier abord prêter à la confusion. Mais dans ce cas, l'hémiplégie, qui accompagne l'hémi-anesthésie organique est en général très accentuée, plus prononcée au membre inférieur qu'au membre supérieur : contrairement à ce qu'on a l'habitude d'observer pour l'hémiplégie hystérique.

Le marche fournit un signe important : dans l'hystérie le malade traîne le membre paralysé, qui balaie le sol, tandis que dans le cas d'une lésion en foyer il imprime, en marchant, au membre des mouvements de circumduction.

L'hémiplégie organique atteint souvent la face, tandis que la paralysie hystérique la respecte toujours ou presque toujours ; La première s'accompagne encore de deux phénomènes importants : l'hémichorée et l'athétose.

Enfin l'intégrité de l'intelligence, le bon état de santé, l'absence de paralysie des réservoirs, de troubles trophiques plaideront en faveur de l'hystérie.

Du reste en pareil cas, il ne faut jamais négliger l'emploi des agents esthésiogènes. On a, en effet, nous l'avons déjà dit, dans le phénomène du transfert, la preuve la plus manifeste de l'existence de l'hystérie.

Des hémiplegies organiques, que nous venons de voir,

nous rapprocherons l'hémiplégie syphilitique vraie, caractérisée aussi par l'absence de troubles de la sensibilité.

L'hémiplégie syphilitique survient très rarement dans la période secondaire, elle apparaît habituellement, 3, 4 et même 20 ans après le chancre. Mais si exceptionnelle qu'elle soit, M. Fournier a pu cependant la rencontrer 6 mois après le chancre. Quoi qu'il en soit, il nous faudrait retenir que sa fréquence est commune, comme celle des paralysies hystériques, aux périodes plus avancées de la syphilis.

Son début est le plus souvent lent et progressif, contrairement à celui de l'hémiplégie hystérique. Les malades éprouvent de temps à autre des parésies transitoires, revenant plus ou moins fréquemment, avant l'installation définitive de l'hémiplégie ; un membre se prend d'abord, l'autre pouvant rester sain pendant un certain temps, ou même toujours.

Mais le début peut être aussi brusque que celui de la paralysie hystérique. L'hémiplégie syphilitique est généralement incomplète, c'est plutôt une parésie — comme dans l'hystérie ; elle frappe un des membres, laissant l'autre presque indemne comme on l'observe souvent dans l'hystérie. Caractère principal : elle respecte la sensibilité des parties paralysées. M. Fournier admet pourtant, que dans un certain cas, les troubles moteurs peuvent être accompagnés des troubles de la sensibilité ; mais ceux-ci n'atteignent jamais l'abolition complète.

Les reflexes tendineux sont habituellement très exagérés, tandis que dans les paralysies hystériques nous avons vu qu'ils étaient, au contraire, diminués.

Enfin la coexistence d'autres paralysies associées à l'hémiplégie, telles que paralysie faciale alternée, paralysie des nerfs moteurs de l'œil, siégeant du côté opposé des membres paralysés ; plaideront en faveur de la paralysie syphilitique (Observ. 37).

La marche qu'elle suit, si elle n'est pas traitée, est fatalement progressive ; incomplète au début, ne frappant d'abord qu'un seul membre, elle atteindra les autres successivement, et se trouvera ainsi constituée par une série de monoplégies successives.

Enfin pour en finir avec les troubles moteurs et sensitifs de l'hystérie syphilitique, nous voulons insister quelque peu sur des cas bien plus compliqués au point de vue symptomatique. Il est d'observation en effet qu'aux accidents hystériques d'ordre névropathique, s'ajoutent, chez le même sujet, des symptômes nerveux de nature organique relevant d'une syphilis cérébrale. Il importe alors de ne pas méconnaître ni l'hystérie ni la syphilis, et de savoir faire la part qui revient à l'une et à l'autre dans la genèse des phénomènes pathologiques observés.

C'est dans les cas où on se trouve en présence de troubles multiples qu'il faut bien savoir observer et analyser un à un chacun d'entre eux, pour pouvoir arriver enfin à les rapporter à leur véritable cause. De cette analyse ressortira la question fort importante du pronostic, car, évidemment la paralysie d'origine organique ne doit pas comporter le même pronostic que les troubles *sine materia* de l'hystérie qui l'accompagnent (Guinon. G).

Nous n'avons pas l'intention, bien entendu, d'exami-

ner tous les cas possibles de combinaison de la syphilis avec l'hystérie ; nous profiterons seulement des judicieuses remarques que fait M. le professeur Potain à propos d'un cas d'hystérie chez une syphilitique (obs. 37).

M. Potain, discutant le diagnostic, avec sa grande compétence, considère que l'hémiplégie flasque avec hémianesthésie et les troubles sensoriels relatés dans cette observation, n'était pas due évidemment à une lésion organique syphilitique. De plus la malade étant indemne d'affection cardiaque et d'affection brightique ; les embolies et les hémorragies cérébrales devaient tout naturellement être écartées. Il s'agissait là, donc, d'une hémiplégie hystérique. Mais en plus, la malade présentait une paralysie faciale des plus nettes, ainsi qu'une paralysie du moteur oculaire externe ; or de tels signes ne se rencontrent jamais dans l'hémiplégie hystérique, ils ne sont donc pas le fait de la névrose. Il y avait donc par conséquent nécessité de scinder les deux ordres de phénomènes : 1°. De rattacher les paralysies de la face et du moteur oculaire externe à une origine syphilitique, non pas directe, il est vrai, mais par l'intermédiaire de quelque lésion intra-crânienne agissant par compression sur les fibres des nerfs facial et moteur externe. 2°. D'attribuer l'hémiplégie motrice et sensitivo-sensorielle à l'hystérie, puisque la compression ne pouvait pas expliquer ces troubles à moins de supposer qu'elle n'agit en même temps sur le bulbe et la protubérance, et alors dans ce cas on aurait dû observer une série de phénomènes bulbaires et protubérantiels, qui, en réalité, n'existaient pas chez la malade.

On était, évidemment, dans ce cas en présence d'une

association des phénomènes hystériques avec des manifestations syphilitiques indirectes.

Enfin il faut ajouter, au point de vue de l'hystérie sur laquelle la syphilis était venue se greffer, que la malade était déjà nerveuse avant d'avoir contracté la vérole et qu'elle avait eu plusieurs fois des accès de somnambulisme (Potain).

Dans un second ordre de cas, des phénomènes de nature nettement syphilitique ont simulé à s'y méprendre l'anesthésie hystérique. Tel est le cas dont l'observation a été rapportée par Faïd dans sa thèse (obs. 27).

L'examen ophtalmoscopique seul avait pu lever tous les doutes, en démontrant qu'il s'agissait non pas de troubles hystériques de la vue, mais de troubles de névrite et de rétinites syphilitiques, malgré que les autres phénomènes tels que l'analgésie du cuir chevelu, l'anosmie complète, etc., aient pu en imposer plutôt pour l'hystérie.

Enfin dans un troisième ordre de faits, l'anesthésie hystérique peut être associée à la syphilis. Comme exemple, peut servir l'observation du D^r Raymond, rapportée par d'Aurelles de Paladines (obs. 38). Dans ce cas, fait remarquer ce dernier en faveur de l'hystérie, nous avons : la grande irrégularité de l'anesthésie, sa variation d'intensité d'une région à l'autre, son mode de distribution plus insolite. Ainsi la constatation de cette hémianesthésie spéciale, portant à des degrés divers, sur toute la moitié gauche du corps, sauf la plante du pied, dont la sensibilité est absolument normale. L'hémianesthésie très incomplète des muqueuses ; l'anesthésie en forme de gigot des mem-

bres supérieur et inférieur gauches, ainsi que du membre inférieur droit ; l'apparition successive de cette anesthésie, enfin, sur les deux moitiés du corps, chaque moitié se prenant après une attaque apoplectique distincte.

Tout cet ensemble de caractères serait peu conciliable avec une lésion organique, à moins d'admettre, supposition invraisemblable, deux lésions successivement localisées au tiers postérieur des deux capsules internes.

Les attaques apoplectiques, elles-mêmes, considérées isolément, rappellent beaucoup plus l'hystérie qu'une lésion organique. puisqu'elles sont survenues brusquement, sans s'être annoncées à l'avance par aucun signe précurseur. Cependant ce caractère n'est pas absolu, car l'apoplexie hystérique peut être aussi bien précédée par quelques prodromes en même temps que présenter tous les caractères de l'apoplexie organique. (Achard.)

Mais ajoute M. d'Aurelle de Paladines, bien que se
« suivant de près, bien qu'ayant été assez intenses pour
« tenir le malade sans connaissance pendant un temps
« relativement long (4 à 6 jours pour la première), elles
« ont disparu, en laissant pour toute trace de leur passage
« les paralysies sensitivo-motrices et la perte de la parole.
« Nous ne faisons donc aucune difficulté à regarder comme
« hystériques les deux attaques apoplectiques en ques-
« tion. »

D'ailleurs les quelques particularités importantes de l'hémiplégie notées dans l'observation devaient fortement incliner le diagnostic vers l'hystérie. En effet, cette hémiplégie était presque sans contracture et laissait la face ab-

solument indemne, comme c'est la règle presque constante dans l'hystérie. Elle était accompagnée d'aphasie malgré son siège à gauche. De plus, et contrairement à ce qui est habituel dans l'hémiplégie organique, le malade ne fauchait pas avec sa jambe, il la traînait plutôt.

L'aphasie, elle-même, outre sa coexistence insolite avec une hémiplégie gauche était caractérisée tout simplement par la *perte complète* de la parole. Il était donc plus rationnel d'admettre qu'il s'agissait plutôt d'un cas de mutisme hystérique que d'une aphasie véritable. En cas d'aphasie, le malade n'est pas complètement aphone, il a toujours à sa disposition quelques sons, tels que : *ah ! da !* ou quelques mots qui lui restent de son répertoire.

Se basant, par conséquent, sur les caractères de l'anesthésie et sur les particularités de l'hémiplégie et de l'aphasie qui l'ont accompagnée, on était forcément conduit à éliminer le diagnostic de lésions cérébrales et à admettre la conclusion : anesthésie hystérique survenue chez un syphilitique.

Des observations, qui précèdent, il résulte donc que l'hystérie associée à la syphilis est loin de constituer un fait exceptionnel ; que l'anesthésie hystérique, en particulier, s'observe assez souvent chez les syphilitiques. (D'Aurèle de Paladines).

Des coïncidences analogues ont été observées et étudiées par MM. Charcot, Fournier, Durand, Raymond qui ont admis que les diathèses se superposaient, s'associaient souvent à la diathèse névropatique. Dès lors, ces hybrides sont décrits sous le nom d'*associations hystéro-organiques*.

Pathogénie

S'il est vrai que l'accord tend à se faire pour admettre l'existence clinique d'une hystérie syphilitique avec caractères spéciaux la différenciant notablement de l'hystérie vulgaire, le désaccord existe encore des plus absolus quand il s'agit d'interpréter la pathogénie de cette névrose.

Un grand nombre des auteurs modernes, avec l'Ecole de la Salpêtrière, n'admettent qu'une seule cause efficace et capable de produire l'hystérie : l'hérédité. Cette hérédité peut être névropathique similaire, c'est-à-dire qu'une mère hystérique donne naissance à une fille hystérique.

D'après Briquet, les sujets issus de parents hystériques sont, par le fait de l'hérédité, douze fois plus prédisposés à l'hystérie que les sujets nés de parents non hystériques.

Dans d'autres cas, bien plus nombreux, l'hérédité agirait par transformation de tous les états neuro ou psychopathiques, c'est-à-dire que l'on doit considérer comme prédisposés à l'hystérie non seulement les sujets procréés par les hystériques, mais encore ceux qui sont issus d'épileptiques, d'aliénés, etc. (Georget) (1)

« Presque tous les hystériques, dit M. Pitres, comptent en effet dans leur ascendants directs ou collatéraux, des sujets atteints de troubles plus ou moins sérieux du système nerveux ; presque tous sont héréditaires. »

(1) Dictionnaire de médecine, 1824. Hystérie.

Tous ces auteurs par conséquent s'accordent à admettre comme cause unique : l'hérédité. A coté de celle-ci, il n'existait que des agents provocateurs, dont le rôle consiste purement et simplement à mettre en œuvre la diathèse en incubation. Tout récemment encore M. Souques (1) arrive à cette conclusion « que l'hystérie reste une et indivisible dans son étiologie comme dans son essence. La cause provocatrice n'est rien ou presque rien ; le terrain, c'est-à-dire la tare névropatique est tout. »

« N'est-il pas curieux, dit M. Grasset (2), de voir les contemporains exagérer le rôle de l'*infection* et amoindrir à outrance le rôle du terrain dans toute la pathologie, même dans la neuro-pathologie et d'un autre côté, pour l'hystérie, faire l'inverse, nier l'agent extérieur et exagérer le terrain ? »

M. Grasset s'élève contre cette exagération et déclare hardiment que pour lui « l'hystérie n'est pas une affection mentale, cérébrale seulement et seulement cortico-cérébrale ; c'est une névrose du *système nerveux* tout entier. Suivant les cas la localisation se fait plutôt sur telle région que sur telle autre, et c'est cette localisation anatomique principale qui en fait la caractéristique symptomatique. Les agent infectieux et les poisons peuvent y déterminer des altérations de profondeur diverse, altérations dynamiques, circulatoires ou organiques.

En d'autres termes, la névrose est le premier degré (dynamique ou fonctionnel) de l'altération produite par une

(1) Souques. Manuel de médecine, t. IV, p. 283. 1896.

(2) Grasset. Leçons de clinique médicale, 2^e série (1890-95). Étiologie infectieuse de l'hystérie p. 580.

cause quelconque : l'appareil symptomatique restant le même, que cette altération soit au 1^{er} ou 3^e degré. On comprend alors, sans qu'il soit besoin de chercher des raisons non démontrées, que l'hystérie puisse avoir des relations étroites soit avec les infections chroniques ou avec les intoxications.

La démonstration est possible et bien suffisante pour établir que l'étiologie infectieuse de l'hystérie existe comme pour les autres maladies nerveuses, et qu'elle existe sans nécessiter une idée d'auto-suggestion intermédiaire. »

« La prédisposition héréditaire est incontestable, dit M. R. Saint-Philippe (1). Nul ne saurait la nier tout-à-fait sans se mettre en contradiction avec ce qui se voit tous les jours, et crève, peut-on dire, les yeux. Mais peut-être la Salpêtrière a-t-elle exagéré et se montre-t-elle trop intransigeante quand elle lui fait jouer toujours et quand même ce rôle primordial, absolu, incompatible avec les données habituelles de la pathologie. Peut-être faut-il restituer aux causes occasionnelles, déterminantes, accidentelles, une action plus marquée, un rang moins effacé. Peut-être sont-elles capables, quand elles s'exercent avec violence de *dynamiser* une prédisposition très faible et qui ne serait jamais extériorée sans elles. C'est sans doute de la sorte qu'elles semblent en de certains cas créer de toutes pièces la névrose ; qu'elles la créent presque. »

Ceci s'applique absolument à la syphilis, qui présente plusieurs des caractères des maladies générales et infectieuses ; mais avant, nous voulons mettre en relief le fait

(1) *Traité de maladies des enfants.* Grancher.

important que la syphilis, comme les autres maladies générales, peut être accusée de la transmission d'un terrain spécial.

« Qu'outre la prédisposition névropathique générale, il y a lieu de tenir compte d'une transmission héréditaire morbide, d'une faiblesse congénitale, d'une vulnérabilité spéciale de tel ou tel système sensitif ou moteur, qui sera ultérieurement lésé par des causes banales.

« Contrairement à une opinion par malheur trop accréditée, dit M. Fournier (1), l'hérédité syphilitique ne se traduit pas exclusivement par des manifestations d'ordre syphilitique. Elle se traduit encore, et tout aussi souvent, plus souvent même, dirai-je, par quantité de phénomènes, qui, pour n'avoir plus, comme lésions et comme symptômes, l'apparence, l'allure, le cachet syphilitique, n'en sont pas moins des conséquences indéniables de la syphilis.

« On croit trop que la syphilis, maladie spécifique, se restreint à des manifestations et à des lésions d'ordre spécifique. Erreur profonde, erreur d'anatomo-pathologistes exclusifs et à courte vue, erreur à laquelle l'observation inflige un démenti journalier. Non, certes, la syphilis « ne fait pas que de la syphilis », comme on l'a dit à tort. Elle fait autre chose. Elle ne réagit pas seulement sur ses victimes en tant que maladie spécifique et de par son poison, sa *toxine propre* ; elle réagit aussi sur elles en tant que maladie générale, et cela de par la perturbation profonde qu'elle importe dans l'organisme, de par la crase humorale dont elle l'affecte, de par le tempérament qu'elle modifie, la

(1) Fournier. L'hérédité syphilitique, p. 365.

santé qu'elle altère, etc. Et ces influences d'un autre ordre, d'un ordre non spécifique, se traduisent souvent par telles ou telles manifestations morbides qui, pour être issues de la syphilis comme *origine*, n'ont cependant plus rien de syphilitique comme *nature*.

« Pour ma part, une des convictions qu'a le plus solidement implantées dans mon esprit l'étude assidue de la syphilis, c'est que cette grande maladie n'est pas seulement exclusivement une affection à symptômes et à lésions syphilitiques. Non, la syphilis n'est pas cela seulement. Je me la représente non seulement comme une intoxication pathologique spécifique, mais encore comme une maladie générale vulgaire, laquelle, à ce titre, peut faire tout ce que fait une maladie de ce genre. A ce titre, donc, c'est une maladie qui, par la réaction qu'elle exerce sur l'organisme, est susceptible d'éveiller, à côté de ses troubles propres, des troubles d'un autre ordre, par exemple de s'en prendre à ce qu'on appelle vulgairement « la santé », d'amoindrir la résistance vitale, de retentir sur le développement, de créer des déchéances organiques et des prédispositions morbides, de constituer en un mot toute une catégorie d'accidents qui ne sont plus de la syphilis, mais qui en sont des dérivés indirects et auxquels pour ce motif j'ai proposé d'appliquer le nom de *parasyphilitiques*.

« Les accidents de ce genre n'ont plus rien, à coup sûr, de syphilitique comme essence, comme nature ; et l'anatomopathologiste pourra bien les récuser, sur la table d'amphithéâtre, en tant que lésions ou manifestations d'ordre syphilitique. Mais n'importe, ils n'en sont pas moins syphilitiques d'*origine*, et cela parce qu'ils sont nés de la

syphilis, issus de la syphilis, parce qu'ils se sont produits à son propos, de son fait, sous son influence, parce qu'en définitive, sans elle ils n'auraient pas vu le jour (1).

« Il est incontestable, par exemple, que les enfants hérédosyphilitiques sont essentiellement sujets aux affections du système nerveux.

« Ceci explique, il nous semble, le développement de nombreux phénomènes nerveux imputables à l'hystérie, chez les sujets hérédosyphilitiques, ne présentant aucune tare neuropathique dans leurs antécédents, comme le prouve une des observations que nous rapportons (obs. LVIII).

« Voyons maintenant par quel mécanisme la syphilis peut arriver à produire l'hystérie chez les sujets qu'elle vient de frapper ?

« Dans certains cas la syphilis ne fera que modifier le cours d'une hystérie antérieure à l'invasion syphilitique ; elle n'aura alors qu'une influence stimulatrice dans la production des crises. Rien d'étonnant que l'infection donne le coup de fouet à cette névrose si mobile et aussi sujette à oscillations et recrudescences. « La vérole n'est-elle pas bien faite à tous égards, dit M. Fournier, pour stimuler une affection si facilement accessible aux excitations de tout genre ? »

Bien plus embarrassante est la question de savoir par quel mode d'action la syphilis agit sur l'organisme pour créer de toutes pièces la névrose ?

Depuis que Gassi a démontré par l'examen du sang

(1) Fournier. Loc. cit., p. 16.

d'un grand nombre de syphilitiques à la période secondaire, qu'il existe toujours à cette période une hypoglobulie notable, un certain nombre d'auteurs (Rayer, Grisolle, Fournier, Faïd, Richard et Rollet) ont invoqué l'anémie comme cause de la production de l'hystérie.

Sans nier l'existence réelle de l'anémie dans la période secondaire de la syphilis (puisque les recherches de Wilbouchewitch affirment une diminution marquée des globules, diminution qui oscille entre 638.870 et un million, au lieu du chiffre normal de 4.731.360 globules par millimètre cube), il nous semble, que dans l'immense majorité des cas, cette anémie, légère en général, ne saurait rendre un compte suffisant des troubles hystériques, tout à fait au début de l'infection.

Et d'ailleurs, M. Zambaco n'a-t-il pas objecté à cette théorie ce fait constant que le mercure, qui augmente encore l'anémie, constitue au contraire le véritable traitement de l'hystérie syphilitique ; et de plus n'observe-t-on pas chez des sujets syphilitiques, une anémie bien accusée avec tous ses traits caractéristiques, sans assister à l'apparition de l'hystérie.

« Il arrive, dit M. Lancereaux, de voir les manifestations hystériques se réveiller, mais alors il est facile de reconnaître que le phénomène n'a rien d'extraordinaire ; il a toujours paru dépendre de l'état gastrique si commun à cette période de la maladie. C'est d'ailleurs ce que l'on observe dans tous les états gastriques possibles. »

Sans contester la possibilité de la production de l'hystérie par les troubles gastriques dans quelques cas rares, il serait plus raisonnable de les admettre comme cause

adjuvante ; un simple coup d'œil sur les observations sera suffisant pour justifier leur rareté et par conséquent l'hystérie syphilitique ne pourrait pas leur être toujours imputable. Même dans les observations où ces troubles (gastralgie, vomissement (4, 19, 18, 24, 34, 52) boulimies (10, 11, 22, 24, 27 41) sont mentionnés, ils sont très souvent la conséquence et non la cause de l'hystérie et ils sont justiciables du traitement spéciale (Bertrand).

M. Huchard invoque la modification de la nutrition pour expliquer l'apparition de l'hystérie chez les syphilitiques, n'ayant aucune hérédité nerveuse.

« Dans ces cas, dit-il, ce n'est certainement pas la syphilis, qui peut par elle-même donner lieu à tous les accidents nerveux ; elle n'arrive à les produire que par une voie détournée, en créant, en accentuant encore chez la malade un état plus ou moins anémique, auquel peuvent s'ajouter et s'ajoutent souvent les excès, les ennuis, les émotions, les préoccupations, le chagrin même parfois d'avoir une maladie honteuse et grave. Ainsi se trouverait réalisée chez certains syphilitiques, héréditairement sains, l'opportunité morbide, c'est à dire cette modification préalable de la nutrition qui « est plus qu'une imminence morbide, qui est la maladie en puissance. »

Quant à la théorie de l'auto-suggestion de l'Ecole de la Salpêtrière, elle a été bien ébranlée, dans ce dernier temps surtout, par M. Grasset (1), à propos de l'hystérie provoquée par le paludisme. Pour lui l'auto-suggestion n'aurait d'action que sur les sujets déjà en puissance de la

(1) *Leçon de clinique médicale*, (1890-95).

névrose, et bornerait son influence tout simplement à la localisation des manifestations hystériques.

Enfin une théorie séduisante et jouissant d'un certain renom parmi les auteurs modernes est la théorie de M. Debove. Cet auteur s'inspire des travaux de M. le professeur Bouchard pour admettre : l'action des poisons morbides dans l'hystérie développée à la suite des maladies infectieuses. M. Bouchard, en effet, après avoir démontré que certains poisons sont fabriqués par l'organisme humain à l'état physiologique et pathologique admet que « le microbe peut agir sur le système nerveux par simple traumatisme ou par sécrétion d'une production morbide. »

Cette théorie a l'avantage de pouvoir rendre compte du développement de l'hystérie plus ou moins longtemps après la guérison de la maladie infectieuse suivant que le poison aura eu une élimination lente ou rapide.

De nombreux travaux faits dans ces dernières années, ont montré qu'un grand nombre de maladies infectieuses peuvent donner naissance à l'hystérie, au même titre que les diverses intoxications.

N'est-il pas possible d'admettre que la syphilis puisse à la façon des maladies infectieuses, porter son action sur le système nerveux, jusqu'à produire l'hystérie, même en l'absence d'autres causes adjuvantes ?

Des maîtres autorisés nous ont appris que bien souvent la syphilis évolue tout à fait à la manière d'une maladie infectieuse. N'est-il pas prouvé que les accidents nerveux font partie de l'évolution normale de certaines véroles (Rollet) (1) ? Quelquefois ils précèdent l'exanthème, le plus

(1) Rollet. Traité des maladies vénériennes, 1865, p. 909.

souvent ils l'accompagnent ; ce parallélisme des poussées d'exanthème et des recrudescences des manifestations hystériques est mentionné par Zambaco, Fournier, Faïd.

Souvent même ces recrudescences sont accompagnées d'une fièvre à forme spéciale, connue sous le nom de fièvre syphilitique. L'analogie a conduit Zambaco et Fournier à assimiler la syphilis aux fièvres éruptives en se basant sur la fièvre qui précède et accompagne l'éruption et sur les phénomènes nerveux concomitants.

Il semble donc logique d'admettre avec Zambaco que l'infection syphilitique est capable à elle seule d'agir sur le système nerveux et de lui imprimer des modifications qui suivant la nature du terrain, évolueront du côté de l'hystérie ou d'autres névroses.

L'heureuse action du traitement spécifique, à la fois, sur la névrose et sur l'infection légitime encore l'action directe de l'infection sur le système nerveux. (Bertrand).



OBSERVATIONS

OBSERVATION I, résumée. (*Baumès. Précis historique des maladies nerveuses. Paris, 1840*). — M..., 14 ans, ouvrière. Quelques semaines après l'apparition du chancre, crises nerveuses convulsives tous les trois ou quatre jours. Céphalée, chloro-anémie, aménorrhée.

Ectyma syphilitique, plaques cuivrées des bras et de la poitrine.

Traitement : bains de sublimé, sirop de cuisinier additionné. Guérison rapide.

OBSERVATION 2, résumée. (*Ebrard, Gazette médicale de Paris, 1843. page 120*). M..., 32 ans, entré en janvier 1832. Syphilis datant de cinq ans ; depuis deux ans le malade éprouve, presque chaque mois des envies de bailler irrésistibles, puis un frisson montant des genoux vers la tête ; il se couchait alors sur son lit et perdait connaissance. La face était pâle, en sueur, les yeux convulsés en haut ; puis sueur abondante. Il était depuis longtemps sujet aux maux de tête. Quoiqu'il attribuât ces accidents au mercure, le traitement mercuriel mit fin à ces accidents en trois mois, quoique le malade eût refusé pendant quelque temps de suivre la médication mercurielle.

OBSERVATION 3, résumée. (*Ebrard. Gazette médicale de Paris*, 1843, p. 120). — Femme P., entrée en août 1841, ayant contracté la syphilis avec un nourrisson de Lyon. Elle est sujette à des étourdissements. A la suite de la première attaque, le manque de sensibilité est constaté ; elle était atteinte de céphalalgie depuis deux mois ; elle éprouve aussi des fourmillements et de l'algidité des pieds.

Traitement : Une saignée au pied, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Douze jours après la première attaque, nouvelle chute avec perte de connaissance et raideur de la jambe droite ; cette jambe droite reste ensuite engourdie.

Traitement : Fomentations d'eau vinaigrée, frictions avec un liniment ammoniacal à la jambe droite ; vingt sangsues aux parties génitales (les règles étant attendues, en vain, depuis trois jours). Le mal de tête disparaît.

Bientôt après, deux nouvelles attaques à huit jours d'intervalle ; pas d'exostose. La femme P. n'avait jamais subi de traitement mercuriel.

Traitement : Frictions mercurielles, deux pupilles de bi-chlorure de mercure. Au bout du premier mois, les accidents nerveux disparaissent définitivement.

OBSERVATION 4, résumée. (*Aug. Voisin fils. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1858, page 871). — D..., âgée de 48 ans, couturière.

Rien du côté du père ou de la mère. Sa sœur plus âgée n'est pas hystérique.

La malade était jusqu'ici calme, lente, apathique, peu impressionnable, robuste. Bon appétit. Bien réglée, mais sujette aux migraines depuis l'âge de 13 ans.

Syphilis constitutionnelle datant de 11 mois, traitée seulement cinq mois après le début.

Depuis ce temps, épigastralgie, céphalalgie ; puis bientôt après première attaque d'hystérie, suivie de deux autres à des époques indéterminées. L'attaque est accompagnée de perte de connaissance qui dure un quart d'heure.

Vomissements depuis 6 semaines ; anesthésie sur différents points.

Vue diminuée à gauche, anesthésie de la conjonctive du même côté gauche. Diminution de la sensibilité générale et spéciale toujours à gauche. Pas d'anémie ; constipation.

Traitement : Glace à l'intérieur, lavements laudanisés, sinapisme ; galvanisations des points anesthésiés. En une seule séance la sensibilité revient.

OBSERVATION 5, résumée. (*Zambaco. Des affections nerveuses syphilitiques. Paris. 1862*). — B., 20 ans, domestique. Pas d'antécédents nerveux ni héréditaires, ni personnels.

Attaque de grande hystérie, éclatant pour la première fois quelques jours avant l'apparition d'une roséole syphilitique. Les accès se reproduisent toujours la nuit.

En même temps, céphalalgie, dispnée, étouffements, crises nerveuses avec opisthotonos, suivies de crises de larmes, globe hystérique.

La roséole est bientôt suivie d'une syphilide papulo-squameuse et de condylomes du front.

Traitement : Pilules de Dupuytren.

Les accidents disparaissent définitivement trois mois et dix jours après le début du traitement.

OBSERVATION 6, résumée. (*Zambuco. Loc. cit.*). B....., 30 ans. Rien de nerveux dans ses antécédents.

Quelques semaines après le début de la syphilis. crises hystériques avec opisthotonos, clonisme très accentué, crises de larmes, caractère devenu très irritable.

Alopécie. Eruption pustuleuse, anémie légère, irido-choroïdite syphilitique. Scotome.

Traitement : Pilules de protoiodure de 0,03 centigrammes. Guérison en un mois.

OBSERVATION 7. (*Zambuco. Loc. cit.* p. 463). — Jeune fille de quatorze ans, bien réglée antérieurement. S'aperçoit de ses chancres, mais ne se soigne pas. Les règles disparaissent, la santé s'affaiblit, les cheveux tombent. Céphalalgie violente, leucorrhée, dyspepsie.

Apparition de crises nerveuses convulsives se répétant tous les trois ou quatre jours.

Serrement de la poitrine, palpitations.

Ces accidents, non soignés, durent pendant plus d'un an. Puis un beau jour le médecin éclairé sur la nature de la maladie par l'apparition d'une éruption spécifique, met la jeune fille au traitement mercuriel.

Dès lors la guérison tant des accidents syphilitiques que des troubles nerveux ne se fit pas attendre.

OBSERVATION 8. (*Bertherand. Recherches sur les névroses syphilitiques. — Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, 1860*). — Femme de trente-six ans.

Syphilis en 1848. Traitement mercuriel poursuivi pendant cinq mois.

En 1850, syphilide squameuse de la plante des pieds et de la

paume des mains ; chute des cheveux. Cessation des accidents à la suite de la reprise du traitement mercuriel,

Six mois plus tard, à la suite de contrariété, douleurs dans les jambes et dans la tête, diminution de la mémoire. Puis survinrent des attaques convulsives avec perte de connaissance, qui furent reconnues pour être de l'hystérie.

L'influence du traitement spécifique aurait fait disparaître les accidents en six mois.

OBSERVATION 9, résumée. (*Faid. Troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis. Thèse de Paris 1870*). — F..., âgée de 20 ans, fleuriste, entre le 12 janvier 1869, dans le service du Dr A. Fournier, à Lourcine.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels à noter. Bonne santé antérieure, bien réglée.

Trois ou quatre semaines après l'apparition du chancre, céphalalgie, étourdissements, attaques hystériques. Pas de chloro-anémie.

20 Janvier. Analgésie complète de tous les téguments, des conjonctives, de la muqueuse nasale ; avec conservation des sensibilités tactiles et thermiques.

Roséole. Douleurs articulaires, céphalalgie, algidité des pieds, sueurs.

Traitement : Deux pilules de protoiodure de 0,05 centigrammes par jour.

La malade sort guérie le 30 mars.

OBSERVATION 10, résumée. (*Faid, loc. cit.*). — Eléonore G..., 18 ans, entre le 10 août 1869. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a six semaines chancre à la lèvre supérieure.

A son entrée : plaques muqueuses amygdaliennes. Roséole, céphalées nocturnes, sensation de refroidissement de tout le corps. Douleur vive à la pression dans la fosse iliaque gauche, sans lésion apparente.

Fièvre intense, surtout le soir, mais la langue est cependant toujours nette et humide ; boulimie, même pendant les accès fébriles. Bouffées de chaleur à la figure. Aménorrhée.

Le 4 octobre, la malade sort guérie, sans avoir suivi d'autre médication que le traitement mercuriel.

Elle revient le 11 octobre, parce que les accidents précédemment décrits ont tous réapparu.

Le 25 octobre. Analgésie presque générale, respectant seulement la paume des mains, la plante des pieds et la face postérieure des cuisses et des jambes.

Diminution considérable de la sensibilité tactile, conservation de la sensibilité thermique, sauf au dos du métacarpe.

Douleur dans les seins, exaspérée par la pression.

Traitement : six pilules d'iodure de fer, deux cuillerées de sirop d'iodure de potassium, vin de quinquina.

La malade sort le 8 novembre, considérablement améliorée.

La malade rentre de nouveau 15 jours après sa sortie. L'analgésie est revenue ; en même temps fièvre considérable, mais malgré cette fièvre la langue reste normale. Boulimie, dispnée.

Le 28 mars, la sensibilité est rétablie partout où il y avait analgésie.

OBSERVATION 11, résumée (*Faïd, loc. cit.*). — P .., âgée de 22 ans, entre le 4 février 1868.

Pas de maladies antérieures.

Syphilis datant de deux mois. Douleurs rhumatoïdes, vertiges, étourdissements, céphalées nocturnes.

Hystérie datant de quatre ans.

1^{er} septembre. Syphilide papulo-muqueuse de la vulve, alopécie ; fièvre, 38°5, avec boulimie, langue nette et humide, maux d'estomac.

L'hystérie, jusqu'alors peu accentuée, se traduit par des attaques convulsives, se répétant plusieurs fois dans la semaine.

Hallucinations, la malade parle de sa famille, voit des serpents, etc. Hyperesthésie des deux avant-bras.

Traitement : Julep avec quatre grammes de bromure de potassium par jour ; éther deux grammes.

Pas de traitement spécifique et par suite aucune amélioration ; elle rentre de nouveau à l'hôpital.

OBSERVATION 12, résumée (*Faïd, loc. cit.*). — B... 17 ans, entre le 28 décembre 1869. Bonne santé antérieure, pas de maladies vénériennes, ni d'accidents nerveux quelconques. Malade depuis deux mois, elle n'a suivi aucun traitement. Actuellement elle présente une syphilide papulo-érosive de la vulve, du périnée et de l'anus etc.; plaques muqueuses amygdaliennes. Adénopathie biinguinale bien accentuée. Céphalée nocturne intense, insomnie. Pâleur.

Le 22 janvier. — Analgésie presque générale ; caractère devenu irritable, pas de crises. L'absence complète de la sensibilité à la douleur aux mains. La malade éprouve constamment la sensation d'être suspendue dans le vide ; boule.

Traitement : Pilules de Dupuytren.

Guérison rapide de l'analgésie. La malade sort le 4 mars.

OBSERVATION 13, résumée (*Faïd, loc. cit.*). — Héloïse K... âgée de 17 ans, couturière, entre à l'hôpital le 11 mai 1869.

Pas de maladies antérieures ; pas de nervosisme antérieur.

Elle est malade depuis trois semaines, et n'a suivi aucun

traitement. On constate plusieurs chancres indurés de la petite lèvre droite.

Depuis quinze jours, insomnie, hyperhidrose des pieds et des mains.

Le 26 mai. — Analgésie complète des mains, des pieds, de l'abdomen, des seins, du front, des joues, du cuir chevelu, etc. Sensibilité tactile diminuée.

Pas de chloro-anémie. Depuis quelques jours la malade accuse de la céphalée. Les mains et les pieds toujours froids.

Traitement : Frictions mercurielles. Pilules de Vallet.

La malade sort sur sa demande, sans amélioration, le 17 juillet.

OBSERVATION 14, résumée (*Faïd, loc. cit.*). — F..., âgée de 19 ans, lingère, entre le 9 février 1869.

Pas d'antécédents pathologiques antérieurs. Constitution délicate, mal réglée.

Chancre vulgaire depuis quinze jours.

Le 26 mars. — Insomnie, épigastralgie, sternalgie, crampes de l'estomac, courbature générale. Syphilide polymorphe.

Depuis quelques jours abolition complète de la sensibilité tactile, et à la douleur sur la face dorsale des mains. Céphalée nocturne, roséole.

Guérison de tous les accidents nerveux, au bout de deux mois par le protoiodure de mercure.

OBSERVATION 15, résumée (*Faïd, loc. cit.*). — C..., couturière, âgée de 21 ans, entre le 16 mars 1869. Bonne santé habituelle, jamais de névralgie, ni de névrose, bien réglée.

A son entrée, syphilide ulcéreuse de la vulve, de l'anus.

Dix jours après syphilide pigmentaire à la nuque, insomnie,

céphalée, étourdissements, fièvre avec frisson, pieds et mains froids et humides, plaques muqueuses de la gorge, etc.

Sensibilité tactile obtuse, analgésie partielle, sensibilité thermique presque absolue, anesthésie des narines et des conjonctives ; pas de crises, pas d'anémie.

Le 10 avril. Douleurs du sein gauche irradiées en ceinture. Plus tard, sensation d'une boule, qui la serre à la gorge, étouffements.

Traitement : pilules de protoïdure de mercure.

La guérison est complète le 17 août.

OBSERVATION 16, résumée (*Faïd, loc. cit.*) — Elisa H..., couturière, âgée de 22 ans, entre le 27 avril 1869. Bonne santé antérieure.

A son entrée, érosions vulvaires, syphilide papulo-érythémateuse du thorax, catarrhe utérin purulent. Céphalée depuis quelques jours ; sensibilité très vive du cuir chevelu à la pression ; constipation. Analgésie survenant deux mois après l'entrée ; insomnie. Courbature générale.

Traitement : pilules de Vallet, frictions mercurielles. Amélioration de l'analgésie et les autres phénomènes nerveux.

OBSERVATION 17, résumée (*Faïd, loc. cit.*) — M..., 16 ans, passementière, entre le 6 avril 1869. Pas d'antécédents nerveux antérieurs, excellente santé. Pas d'anémie. Il y a environ un mois chancre à la grande lèvre droite ; actuellement plaques muqueuses des amygdales. Roséole. Abscès rétro-pharyngien.

Analgésie en gigot des membres supérieurs et inférieurs ; la sensibilité au tact est conservée. Abattement, tristesse, céphalée ; les extrémités sont froides et humides.

Traitement : protoïdure de mercure.

La sensibilité est rapidement rétablie partout le 17 mai.

OBSERVATION 18, résumée (*Faïd, loc. cit.*).— Mélanie V..., 17 ans, blanchisseuse, entre le 5 janvier 1869. La malade ne présente pas d'antécédents nerveux, mais elle est sujette aux larmes et pleure facilement.

Chancre vulvaire, plaques muqueuses à l'anüs. Syphilide papulo-squameuse discrète sur la poitrine, le dos, etc.

Douleurs de l'estomac intercostales ; sternalgie inférieure datant d'un mois ; hyperesthésie de la région épigastrique ; pieds glacés.

Le 1^{er} avril. Analgésie complète et profonde aux mains, absence de sensibilité thermique presque complète ; l'anesthésie et l'analgésie gagnent les bras et les épaules. Céphalalgie, insomnie.

Guérison presque complète par le protoiodure de mercure ; la malade sort le 8 juin.

OBSERVATION 19, résumée (*Faïd, loc. cit.*).— A..., âgée de 21 ans, domestique, entrée le 23 janvier 1868, bonne constitution, habituellement mal réglée. Il y a quatre mois, elle a été soignée dans le service de Desprès pour des accidents syphilitiques secondaires.

Papules secondaires de la vulve, roséole discrète.

Dès son entrée, la malade a présenté, pendant quatre mois, de la céphalalgie intense, de l'insomnie, des étourdissements, des troubles de la vue, des bourdonnements d'oreille, épigastralgie, xyphalgie, des douleurs articulaires à exaspération vespérale, hyperhidrose palmaire, gêne de la respiration, crampes d'estomac, nausées et vomissements.

Le traitement mercuriel, protoiodure, produit une amélioration considérable : le 10 juillet, la malade devient infirmière, mais ayant toujours des maux de tête, douleurs aux membres.

Le 7 avril. — Poussée de plaques muqueuses à la gorge,

anesthésie et analgésie de la main gauche, complète à la face dorsale, sauf au pouce, pas d'anémie, roséole vive sur le tronc.

Amélioration considérable par le sirop de Gibert.

OBSERVATION 20, résumée (*Faïd. loc. cit.*). — D..., âgée de 18 ans, entre le 12 octobre 1869, bonne santé antérieure ; jamais d'attaques de nerfs.

Syphilis datant de quatre mois.

A l'examen : syphilide ulcéreuse de la vulve, roséole érythémateuse ; pléiade bi-inguinale.

Depuis deux mois, insomnie, douleurs dans les oreilles et dans la gorge (sans lésion), et dans les jambes, céphalée nocturne, refroidissement des mains ; boulimie.

Analgésie de la face dorsale des pieds, des jambes, anesthésie absolue de la face dorsale des doigts, de l'avant-bras ; plus tard analgésie des seins, épigastralgie ; anémie légère.

Plus tard, sensation de boule hystérique.

La malade est renvoyée pour insubordination, le 29 novembre.

OBSERVATION 21, résumée (*Faïd. loc. cit.*). — S..., âgée de 22 ans, domestique, entre le 2 mars 1869, pas d'antécédents nerveux.

Syphilis érosive de la vulve, papules secondaires de l'anus, maux de gorge sans lésion, alopecie.

14 mai. Globe hystérique à la gorge, étouffements, analgésie incomplète de la main et de l'avant-bras gauche.

Traitement : Protoiodure de mercure. Elle sort complètement guérie le 14 octobre.

OBSERVATION 22, résumée. (*Faïd. loc. cit.*)— E..., 29 ans, capsulière, entre le 26 novembre 1869.

Très bonne santé antérieure ; pas d'attaques de nerfs.

Syphilide papulo-érythémateuse de la vulve. Douleurs erratiques des bras et des jambes ; épigastralgie.

A gauche ; analgésie complète du dos de la main, de l'avant-bras, du tiers inférieur du bras, de l'épaule.

A droite ; à peu près la même chose ; en plus analgésie de la face, sauf l'extrémité du nez.

Anesthésie du pharynx et de la pituitaire. Céphalée, insomnie, boulimie. Algidité des mains et des pieds.

Traitement : Protoiodure de mercure. La malade sort avant la guérison complète, après un mois de traitement.

OBSERVATION 23, résumée (*Faïd. loc. cit.*)— S..., âgée de 18 ans, couturière, entre le 1^{er} juin 1869.

Fièvre typhoïde antérieurement ; rien de remarquable comme antécédent nerveux.

Syphilide squameuse circonscrite de la paupière supérieure, syphilide papulo-érosive de la vulve. Psoriasis palmaire ; plaques muqueuses amygdaliennes.

Quelques jours après l'entrée, la malade a été prise de spasmes très singuliers, limités au membre supérieur droit, qui tout à coup est soulevé brusquement, quelquefois même jusqu'à la hauteur de la tête ; de même au membre inférieur du même côté. Pleurostothonos à droite. Anesthésie et analgésie complètes de la moitié droite du corps.

Boule hystérique ; attaques de nerfs depuis quelques jours, avec pertes de connaissance, se prolongeant environ une heure. Les mains et les pieds sont glacés. Troubles de la vision dans l'œil droit ; céphalée très vive, surtout la nuit.

Traitement : Six pilules de Vallet, une pilule de protoiodure.

Le 6 septembre, hyperesthésie très intense de la cuisse droite.

Le 15 novembre, la malade sort en bon état ; la sensibilité est presque normale ; les attaques avec pleurostothonos persistent.

OBSERVATION 24, résumée, (*Faid. loc. cit.*). — J..., fleuriste, âgée de 22 ans, entre le 28 décembre 1863. Bonne santé antérieure ; pas d'erysisme.

Début de la syphilis depuis huit mois. Plaques muqueuses à la gorge et à la vulve. Petites ulcérations aux commissures labiales. — Boulimie, céphalée, insomnie. Anesthésie de la face dorsale des mains et de la moitié inférieure des avant-bras ; anesthésie partielle de la face externe des seins et de la face interne des jambes.

22 janvier 1870. — Amaigrissement, pâleur, céphalée plus vive, insomnie, troubles de la vision. Analgésie du cuir chevelu, de la face, excepté au niveau des points où la peau se transforme en muqueuse (bouche, narines et paupières), de la langue, de la poitrine, de l'abdomen, des seins, du dos et des parties antérieurement atteintes.

Jamais d'attaques de nerfs, mais sensation de boule hystérique. Sensation de refroidissement conditionnelle surtout aux extrémités. Douleurs gastralgiques, coliques.

Traitement : Deux pilules d'iodure de fer ; une pilule de protoiodure de mercure.

Vers le 27 février, la sensibilité est complètement rétablie partout ; plus de douleurs d'estomac, ni de céphalée.

Le malade sort complètement guérie.

OBSERVATION 25, résumée, (*Faid..., loc. cit.*). — Marie D... lingère, 18 ans, entre le 18 janvier 1870.

Kirkoff

Constitution faible ; sujette aux maux de tête et aux crampes d'estomac.

Attaques de nerfs depuis l'âge de 14 ans. La dernière attaque date d'un mois avant l'entrée.

Syphilis datant de quinze jours. Chancre du clitoris et de la petite lèvre droite. Adénopathie spécifique.

Sensibilité conservée à son entrée.

Le 1^{er} février. — Sternalgie, mal de gorge, sans aucune lésion ; fièvre nocturne, roséole légère ; courbature générale, céphalalgie.

17 février. — Disparition de la sensibilité thermique au dos de la main et avant-bras gauche, sensibilité du tact est conservée, analgésie bien accusée à la face dorsale de la main droite, de l'avant-bras. et du bras, au pli du coude ; elle est moins complète à la main gauche, analgésie des seins ; anémie très accentuée.

21 février. — L'analgésie est complète et presque générale ; elle respecte seulement les lombes, le dos et les pieds, la face et le cuir chevelu sont intacts à ce point de vue.

Les crises d'hystérie ont augmenté de fréquence et d'intensité depuis l'entrée de la malade.

Traitement. — Une pilule de protoïdure, deux cuillerées de sirop d'iodure de potassium.

La malade sort le 2 mai ; la sensibilité est normale ; les crises sont moins violentes et plus rares.

OBSERVATION 26, résumée (*Faid, loc. cit.*). — Marie G..., âgée de 17 ans, entre le 5 août 1869.

Bonne santé, bien réglée, jamais d'attaque de nerfs, mais quelquefois sensation de boule au pharynx.

Roséole, papule muqueuse de la vulve et de la fesse gauche. Erosions du col utérin.

Céphalée intense, insomnie, fièvre continue avec sueurs abondantes la nuit. Epigastralgie, douleurs erratiques.

4 octobre. Sensation de refroidissement général. Analgésie absolue et générale ne respectant que la pituitaire. La langue est complètement insensible. L'anesthésie porte sur les sensibilités thermiques et tactiles ; la malade a la sensation d'être suspendue dans le vide.

Au mois de novembre la malade souffre horriblement d'une névralgie sciatique gauche. Le chloral calme l'insomnie. Attaques d'hystérie avec perte de connaissance apparaissent au mois de décembre et se sont répétées assez souvent. Refroidissement des extrémités, névralgies multiples.

Duchenne (de Boulogne), examinant la malade, trouve l'anesthésie musculaire complète. La malade ne sent pas ses jambes dans son lit.

Les troubles de la sensibilité et les crises persistent encore en mars 1870, époque où s'arrête l'observation.

Traitement : deux pilules de protoïdure ; la malade a avoué plus tard ne les avoir jamais prises. Deux cuillerées de sirop d'iodure de potassium ; bains de vapeur : vin de quinquina.

Au bout de six mois pas d'amélioration.

OBSERVATION 27, résumée. — (*Faïd, loc. cit.*).

V..., 18 ans, entre le 17 mars 1869. D'une constitution moyenne, mal réglée, bonne santé habituelle. Jamais d'attaques de nerfs, mais pleure facilement.

L'affection syphilitique remonte à six mois environ et a débuté par un écoulement vulvaire. Plaques hypertrophiques de la vulve ; alopecie très accusée. Plaques muqueuses bucales.

Affaiblissement général.

Le 27 mars. Céphalée continue, insomnie, tristesse. Analgésie à la main, à l'épaule et au mollet droit avec conservation de la

sensibilité du tact et de la douleur au tronc et aux cuisses. Analgésie incomplète au membre supérieur gauche. Xyphalgie très accusée.

Le 9 avril. Sensation de boule au pharynx, suffocation. Analgésie des membres inférieurs, sauf de la cuisse gauche. Boulimie.

Traitement : deux pilules de protoïodure, quatre cuillerées de sirop d'iode de potassium.

La malade sort complètement guérie le 16 novembre.

Le traitement mercuriel est resté longtemps sans action.

La malade, revue plus tard, n'a plus eu d'accidents nerveux.

OBSERVATION 28, résumée. (*Faïd. loc. cit.*). — D..., blanchisseuse, âgée de 19 ans, entre le 2 novembre 1869. D'une bonne constitution ; toujours bien réglée.

Syphilis datant de six mois. Grandes ulcérations, d'aspect gangreneux à la vulve. Roséole. Pas d'anémie.

Fièvre syphilitique, épigastrie, refroidissement des extrémités.

Le 16 novembre. Analgésie presque complète des membres supérieurs, du nez, de la partie interne des joues, de la lèvre supérieure, du cuir chevelu, du cou, des oreilles, de tout le tronc, sauf les parties latérales de l'abdomen, des membres inférieurs, des muqueuses pharyngienne, buccale, linguale, nasale et conjonctivale.

Xyphalgie ; sensation de boule hystérique. Défaillance sans convulsions toutes les trois ou quatre heures.

Plus tard, algidité considérable des mains et des pieds. Etat soporeux très profond. Le 11 février. — Amélioration de la sensibilité ; état soporeux moins accentué ; ; défaillances moins fréquentes. Les extrémités sont toujours glacées.

En mars. Disparition de l'analgésie, sauf à la face dorsale des mains, aux avant-bras et à l'isthme du gosier.

Traitement : deux cuillerées de sirop d'iodure de potassium ;
deux pilules de protoiodure de mercure.

(L'observation n'est pas terminée).

OBSERVATION 29, résumée. (*Debove, Union médicale, 1879*). -- Chamb..., 51 ans. Syphilis probable (Le diagnostic de syphilis avait été porté antérieurement par M. Fournier).

Hémiplégie gauche, avec hémianesthésie complète. Un peu plus tard, la paralysie envahit le membre inférieur droit et il y a paraplégie complète. Sous l'influence du traitement spécifique, la paralysie diminue et le malade quitte l'hôpital, la jambe gauche étant encore un peu faible.

Le 22 septembre. Rechute. Le malade fut éveillé dans la nuit par de violentes douleurs dans la tête, la colonne vertébrale, le bras, la bouche, les reins, la jambe gauche. Il n'y eut ni perte de connaissance, ni étourdissement, mais le malade ne voyait plus et n'entendait plus du côté gauche.

Le 27 septembre. L'anesthésie complète du côté gauche, portant aussi bien sur la sensibilité des organes spéciaux que sur la sensibilité générale. Légère atrophie des muscles du bras ; atrophie très marquée du deltoïde. Hémiparésie gauche du bras et de la jambe.

Le 7 octobre. — Application d'un aimant ; résultat minime.

Le 16 octobre. Disparition complète de l'hémianesthésie et de l'hémiplégie motrice ; persistance de la céphalalgie.

Supposant le malade syphilitique on lui faisait prendre de l'iodure de potassium.

OBSERVATION 30, résumée, (*Debove. — Société médicale des hôpitaux 1885*). — C'est un homme âgé de 33 ans, cordonnier ;

fort de constitution, vigoureux. Il a eu un chancre induré il y a 18 ans.

Il a déjà été dans le service de M. Debove à l'hôpital Andral l'année précédente se plaignant de douleurs très vives dans le genou et la jambe droite. *Par suggestion*, on produit immédiatement la guérison de ces douleurs. Comme antécédents il a une sœur qui a des attaques d'hystérie et des accès de somnambulisme.

Il y a quatre ans, le malade fut frappé d'une paralysie affectant le membre supérieur droit, intéressant la motilité et la sensibilité de ce membre, ainsi que la sensibilité du tronc et de la face du côté droit. Le membre inférieur droit était à peu près indemne. Le diagnostic de paralysie syphilitique a été porté à l'hôpital Saint-Louis. On institua un traitement avec l'iodure de potassium à haute dose ; au bout de deux mois la guérison était complète. Il continua le traitement pendant six semaines seulement après sa sortie de l'hôpital.

En 1884, le malade a eu à l'hôpital même une nouvelle hémiplegie droite avec hémianesthésie sensitive et sensorielle ; accidents analogues à ceux observés à l'hôpital Saint-Louis. Par la suggestion on obtient la disparition de ces accidents.

Le sujet était non seulement hypnotisable, mais il était éminemment suggestionnable à l'état de veille ; il suffisait d'affirmer que tel ou tel phénomène allait se produire en lui, pour qu'il se produisît immédiatement.

OBSERVATION 31, résumée (*Achard. — Thèse de Paris 1887*). — L... Désiré, âgé de 42 ans, gérant d'hôtel, entre le 18 août 1886 à l'hôpital Andral, dans le service de M. Debove. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ; sa santé a toujours été bonne et jamais il n'a eu de maladie grave.

Syphilis datant de cinq ans et suivi de plaques muqueuses

dans la bouche. Il présente sur le tronc plusieurs cicatrices d'éruption consécutive et sur le crâne des plaques d'alopecie.

Il fut soigné par M. Fournier pour ces accidents spécifiques et prit des pilules de portiodure de mercure et de l'iodure de potassium. Mais il interrompit le traitement au bout de dix mois et ne se soigna plus depuis.

Le 15 août, le matin tout à coup, et sans prodromes, il s'affaissa et tomba à terre sans connaissance.

Attaque convulsive. Hémiplegie et hémianesthésie droite. Analgésie de la moitié droite de la langue ; anesthésie de la conjonctive. Hémianesthésie sensorielle droite (goût, odorat, ouïe, vue). Rétrécissement du champ visuel de l'œil droit.

La face n'est point touchée ; elle n'offre aucune déviation ; la langue n'est pas non plus déviée.

Le réflexe rotulien est aboli à droite ; il est normal à gauche.

Application d'aimant sans résultat.

Le 2 septembre. Nouvelle application d'aimant. La sensibilité générale revient sur la peau et sur les muqueuses ; l'ouïe, le goût, l'odorat sont revenus du côté droit ; la vision est notablement améliorée, le champ visuel paraît à peu près normal.

Le 3 septembre. La sensibilité est normale. La motilité est également bien revenue du côté paralysé, et le malade marche bien sans trainer la jambe.

OBSERVATION 32, résumée (*Charcot in Morgagni de Milan, Progrès médical 1887*). — X .. âgé de 28 ans, contracte la syphilis à 18 ans et la soigne très médiocrement.

Le 1^{er} janvier 1884 en revenant chez lui, il tombe subitement sans connaissance et revient à lui avec une hémiplegie et hémianesthésie droite, s'accompagnant de contracture des bras, de la jambe et de la langue dont la pointe s'applique avec force contre les molaires droites. Quelques jours après survenaient des cépha-

lées nocturnes partant d'un point pour irradier dans le voisinage et un peu plus tard des convulsions d'apparence épileptiforme.

Le mercure et l'iodure furent largement employés par un syphiligraphes ; la paralysie s'était notablement améliorée.

OBSERVATION 33, résumée (*Raymond, Progrès médical* 1888, n° 14.). — Alice B., âgée de 26 ans, employée de commerce, entre dans le service de M. E. Vidal, le 2 février 1886.

Elle a été réglée à 16 ans, et depuis elle a toujours été bien réglée. Elle n'a jamais eu d'enfant. Aucune maladie antérieure, sauf une atteinte de chlorose à quinze ans. Vers l'âge de 9 ans, sujette à des névralgies de la face ; sensation de clou au niveau du vertex, sensation de boule remontant à la gorge et amenant la suffocation. D'un caractère doux, mais bizarre, elle pleurait facilement ou se mettait à rire sans motifs. Vers l'âge de 17 ans elle présentait fréquemment des attaques de nerfs ; à la moindre émotion elle se trouvait mal. Aux renseignements que la malade donne sur ses attaques, on reconnaît nettement l'hystérie.

Ces phénomènes ont cessés vers l'âge de 18 1/2. Depuis 7 ans, la malade est très affirmative sur ce point, elle n'a aucune attaque, aucune lypothymie. Loin de s'irriter comme dans son enfance, elle était devenue apathique. En somme aucun stigmate d'hystérie. Aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale.

En janvier 1886, chancre syphilitique de la vulve. A l'entrée, la malade est en pleine roséole en même temps qu'elle présente des syphilides papuleuses sur le front, les cuisses, le cou, des plaques muqueuses. de l'alopécie, etc.

Traitement : deux pilules de Dupuytren.

Au mois de février, la malade se plaint de douleurs ostéocapes dans les tibias et de maux de tête nocturnes. Ces accidents ont cédé à une faible dose d'iodure de potassium.

Ces manifestations d'intensité moyenne avaient vivement

impressionné cette jeune femme. Elle devient triste, maigrit et s'anémie.

Elle était d'autant plus frappée qu'elle avait comme voisine une malade atteinte d'une paraplégie syphilitique avec incontinence d'urine, rétention des matières fécales, escharres, secousses douloureuses et trépidation épileptoïde dans les membres inférieurs.

Vers le 15 mars, elle accuse dans la tête des battements, des élancements et, au niveau de la colonne vertébrale, une douleur pongitive mais passagère, durant de dix à quinze minutes environ.

Les jours suivants, elle accuse une grande faiblesse dans les jambes qui flageoient ; le 23 mars, elle marche très difficilement et à onze heures du soir elle est complètement paralysée.

Le 24 mars, elle ne peut plus se tenir debout, mais soulève les talons au-dessus du lit. Aucune exagération des réflexes, pas de trépidation épileptoïde, pas de trouble des sphinctères. La malade accuse une sensation d'engourdissement au niveau des deux pieds. La sensibilité est conservée dans tous ses modes, mais notablement diminuée à gauche.

Outre cette diminution de la sensibilité, on trouve une abolition du réflexe pharyngien, du rétrécissement du champ visuel et un peu de dyschromatopsie de l'œil gauche ; de ce côté, le violet est seulement perçu comme du gris. La saveur du sulfate de quinine est mieux perçue du côté droit que du côté gauche.

En se basant sur le brusque début de cette paraplégie qui n'atteint que les muscles soumis à la volonté, paraplégie survenue chez une femme faible d'esprit, ayant l'idée fixe de paralysie et présentant des troubles nerveux concomitants, le diagnostic de paralysie hystérique d'ordre psychique s'impose.

La malade reste dans cet état jusqu'au 15 mai ; à cette époque, elle avait encore pour voisine une femme atteinte de syphilis

et qui présentait une otite suppurée du côté droit en même temps qu'une ancienne perforation du tympan du côté gauche.

Le 15 mai, la malade prétend qu'elle est devenue complètement sourde. On pratique l'examen des oreilles; les tympans sont absolument sains, les trompes libres. On cherche à dépister la simulation en persuadant par écrit à la malade que dans la surdité dont elle est atteinte on entend toujours le diapason appliqué sur le front et l'on reconnaît que la surdité est parfaitement réelle.

Quelques jours après la malade a une discussion avec l'infirmière qui lui signifie qu'elle ne veut plus s'occuper d'elle, que si elle a besoin de quelque objet elle se lèvera pour aller le chercher, etc. Très émue, la malade essaye, le jour même, de marcher. Elle hésite d'abord, chancelle et ne fait que quelques pas en se traînant. Quelques jours après, la malade quitte l'hôpital guérie de sa paralysie, améliorée quant à sa syphilis et à l'anémie consécutive, mais la surdité persiste encore.

(Cette observation est intéressante parcequ'elle démontre : 1° Réveil de l'hystérie sous l'influence de la syphilis. 2° Elle est un type de paralysie par auto-suggestion, ou comme on dit paralysie psychique, disparaissant brusquement sous l'influence d'une violente émotion).

OBSERTATION 34, résumée (*Vetulle, Thèse de Furel, Paris 1885*). — P.... âgée de 28 ans, mécanicienne, entre le 18 mai 1886.

Bonne santé antérieure. Syphilis datant de trois ans; à la même époque son mari est soigné par M. Hérard pour une éruption, reconnue spécifique.

À la fin de 1884, la malade est atteinte d'une paraplégie motrice avec contracture des membres inférieurs. Paralysie des réservoirs. Douleurs le long du rachis, syphilide pigmentaire du cou. Pas de céphalée nocturne.

Traitement : Frictions avec 8 gr. d'onguent mercuriel, 4 gr. d'iodure de potassium.

Le 21 janvier 1887. Etouffements surtout le soir. La sensibilité des sphincters est revenue ; la malade trouve sa jambe gauche moins lourde.

Le 2 février. Eruptions polymorphes, érythémateuse, papuleuse circonscrite. Douleurs vives en ceinture. Elancements douloureux dans l'articulation du genou droit, le long de la cuisse et dans l'aîne. Douleurs de l'utérus. Hyperesthésie plantaire entravant la marche. Gastralgie.

Mars 1888. Pas d'atrophie appréciable des muscles. Douleurs à la pression sur toute la partie externe de la jambe gauche. Cette hyperesthésie remonte jusqu'au pli inguinal où elle est très accentuée et disparaît presque brusquement vers la partie moyenne d'une ligne qui irait de la ligne ombilicale au pli inguinal ; en arrière l'hyperesthésie ne se propage pas au-dessus de la fesse. Sensibilité thermique exagérée dans la même jambe. Les sensations perçues par la jambe droite, par sa face externe surtout, se transmettent dix secondes plus tard sur la jambe gauche en des points symétriques ; la même chose peut se produire de gauche à droite mais moins fréquemment.

Pas de troubles sensoriels. Les reflexes rotuliens sont exagérés.

La malade a eu trois attaques convulsives il y a un an.

Le 22 mars. Elle a été prise d'une crise. Douleurs en étai et revenant par crise de cinq minutes de durée. Amblyopie droite ; diminution considérable du goût. Pas d'anesthésie.

Le 27 mars. Les troubles sensoriels ont disparu.

Le 7 avril. — Reprises de crises, de douleurs (en étai, écrasements, brûlures). Fourmillements dans les membres supérieurs.

La sensibilité paraît normale dans le segment sus-lombaire du corps.

(En raison de la mobilité des phénomènes, des améliorations

passagères, du défaut de troubles trophiques, M. Letulle porte le diagnostic d'hystérie).

OBSERVATION 35, résumée (*Furet. Thèse de Paris 1888*).

— Le nommé S..., âgé de 28 ans, employé de commerce. Rien dans l'hérédité. Le malade a toujours été bien portant jusqu'en 1879, époque à laquelle il contracte la syphilis. La maladie a été méconnue jusqu'en 1881. Le médecin lui ordonne de la liqueur de Van Swieten, que le malade prend pendant un an. Les accidents (éruption, des plaques muqueuses de la bouche) ayant disparu, le malade cesse tout traitement.

Le 1^{er} janvier 1885 il tombe, à Paris, paralysé dans la rue, à 9 heures du matin. Le malade ne reprend connaissance que deux jours après. Il a de l'aphasie et tout le côté droit paralysé. Violentes céphalées nocturnes.

Au mois de mai, le traitement ioduré améliore la paralysie et le malade marche assez bien.

Le 17 septembre, nouvelle attaque semblable à la première.

Frictions mercurielles et 6 à 15 gr. d'iodure de potassium.

Le malade va mieux et marche bien jusqu'en 1886. A cette époque, il a eu, dans son lit, une attaque nerveuse épileptiforme à la suite d'un lavement.

En novembre, nouvelle crise, qui le tient contracturé jusqu'en janvier 1887. Le malade ne voit presque plus de l'œil droit : sa langue est fortement déviée à droite. Hyperesthésie du cuir chevelu ; on ne peut lui passer la main dans les cheveux sans y provoquer des douleurs semblables à celles qu'auraient pu produire de petites décharges électriques aussi nombreuses et aussi fines que les cheveux eux-mêmes, s'enfonçant comme autant d'aiguilles dans le cuir chevelu.

En mai, le malade reprend toutes ses facultés, la mémoire revient, la vue est bonne, la parole et la marche faciles.

Au mois d'août, nouvelle crise ; il consulte M. Charcot qui le déclare hystérique, la syphilis n'étant que la cause occasionnelle de l'hystérie, se basant sur les céphalées nocturnes, l'anesthésie du côté droit et sur l'hyperesthésie, peu accusée, à gauche.

Le 30 mai 1888, il rentre dans le service de M. Ducastel, ne pouvant pas marcher.

Mais le 23 juin, en jouant aux dominos, il s'aperçoit que sa main droite se ferme, ses muscles fléchisseurs se contracturant de plus en plus, en même temps les douleurs et l'anesthésie apparaissent du côté droit.

Dès ce moment les sensibilités tactiles à la douleur, à la pression, à la température, ont disparu de ce côté du corps, qui présente cependant quelques points hyperesthésiés et douloureux (poignet, aine, orteils). Rétrécissement du champ visuel de l'œil droit.

La marche provoque à droite la sensation du duvet sous le pied.

Traitement mercuriel et iodure de potassium.

OBSERVATION 36, résumée (*Potain. — Gazette des hôpitaux*, n° 47, 1887). — X..., âgé de 34 ans, garçon boulanger, entre à l'hôpital le 9 mars 1887).

Rien d'héréditaire du côté du père et de la mère ; par contre ses frères et ses sœurs sont des sujets très nerveux. Lui-même, il fut toujours très nerveux, aussi, très irritable, pendant son enfance, sujet à des accès de colère violents et fréquents. De plus, il est très adonné à la boisson, mais n'est pas un alcoolique.

Syphilis datant de 1879, traitée incomplètement par l'iodure de potassium.

Il y a 7 mois et demi, il fut pris, dès le matin, d'une céphalée intense sincipitale ; dans l'après-midi du même jour, chute sur le sol avec perte de connaissance, sans qu'aucun prodrome ait été

constaté. Le malade éprouve une fatigue extrême à la suite de ce premier accès.

Deux mois après, nouvel accès, suivi, quatre ou cinq jours après, d'hémi-parésie gauche.

Le 4 mars, troisième accès. A l'examen on constate une hémi-parésie gauche avec hémianesthésie, achromatopsie, rétrécissement du champ visuel, diplopie, perte du goût et de l'odorat du côté gauche ; abolition du réflexe rotulien du côté gauche également.

Exostose crânienne au niveau de la suture saggitale.

Amélioration après le traitement par l'iodure de potassium et par les frictions mercurielles. Le malade reste dans le service comme infirmier.

Quelque temps après, quatrième attaque. Il est tombé a terre, se débattant par des mouvements violents des membres du côté gauche, tandis que ceux du côté droit restaient parfaitement immobiles, mouvements interrompus de temps en temps par des raidissements de forme cataleptique. Cette crise se termina par une scène de larmes.

L'exostose crânienne toujours unique devient douloureuse à la pression. Les douleurs de tête sont très pénibles, profondes, et occupent la région sincipitale. L'insensibilité est absolue et dans tous ses modes dans le côté gauche du corps. La notion de position des membres supérieur et inférieur gauches est complètement abolie. Cependant le sens du mouvement n'est pas perdu. Diminution de l'acuité visuelle, dyschromatopsie et rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche. Perte de l'ouïe, de l'odorat et du goût à gauche. Faiblesse considérable du membre supérieur gauche (11 au dynamomètre). Pas d'atrophie musculaire aux membres du côté gauche. Le pied gauche tremble constamment.

M. Potain diagnostique une hystéro-épilepsie chez un syphilitique.

Traitement : Iodure de potassium à doses élevées et frictions mercurielles.

OBSERVATION 37, résumée (*Potain. Gaz. des hôpitaux, n° 53, 1387*). — Femme X..., âgée de 32 ans, devenue syphilitique il y a sept ans. Chancre suivi de roséole, kératite, etc.

Sujet très nerveux, irritable, ayant été somnambule pendant sa jeunesse.

Depuis plusieurs mois, elle éprouve une sorte d'engourdissement dans les membres inférieurs.

Il y a quatre jours, le matin, en se levant, douleur vive dans l'oreille gauche, suivie bientôt d'une sensation d'engourdissement dans tout le côté gauche du corps. Le soir elle était complètement hémiplégique.

A son entrée : bras et jambe gauche complètement inertes et flasques. La malade pouvait encore cependant mouvoir un peu les doigts et très légèrement le poignet gauche. Face déviée à droite. Inocclusion de la paupière gauche avec strabisme interne.

Anesthésie gauche complète pour tous les modes de la sensibilité, empiétant un peu sur le côté droit au niveau du tronc.

Amaurose presque complète à gauche. Perte de l'ouïe, du goût et de l'odorat de ce côté.

Exostose au niveau du fémur.

M. Potain porte le diagnostic de paralysie hystérique chez un syphilitique.

Traitement spécifique.

OBSERVATION 38, résumée (*d'Aurelle de Paladine. De l'anesthésie hystérique, thèse de Paris 1889*). — God..., âgé de 58 ans, couvreur, entre le 13 février 1889 dans le service du Docteur Raymond.

Pas de maladies antérieures ; pas d'alcoolisme, Syphilis il y a sept ans, traitée pendant quelque temps.

Céphalée tenace depuis un certain temps. Il y a six mois, le malade tombe tout d'un coup sans connaissance, sans avoir jamais eu auparavant d'étourdissements, ni de prodromes précurseurs. Il est resté 5 ou 6 jours sans connaissance ; consécutivement, gêne de la mastication, de la lourdeur de la langue, perte complète de la parole. Le malade n'a pas le moindre son à sa disposition, c'est plutôt le mutisme hystérique.

Hémiplégie gauche (qu'on ne voit jamais accompagnée d'aphasie. Trois mois après, nouvelle attaque du côté droit ; le membre inférieur a été principalement pris. L'usage de la parole n'a été recouvré qu'il y a un mois progressivement.

Il n'y a jamais eu de troubles de la miction ou de la défécation ; pas de paralysie de la face.

Le 13 février 1889, il entre traînant la jambe gauche sans faucher ; paresse de la langue, parole lente ; vision distincte. Perte des forces des membres, sauf du bras droit. Sensation de fourmillements dans les membres inférieurs. La sensibilité est diminuée du côté gauche de la face et de la langue, abolie en gigot dans tout le membre supérieur gauche, sauf à la face palmaire de la main, diminuée dans tout le côté gauche du tronc, sauf au pli de l'aîne et aux fesses, abolie dans la première moitié du membre inférieur gauche, seulement diminuée à la jambe.

A droite sensibilité normale à la face, au tronc, au membre supérieur, diminuée dans tout le membre inférieur.

Les reflexes tendineux et le reflexe pharyngien sont bien diminués.

OBSERVATION 39, résumée (*Guinon. Les agents provocateurs, Th. de Paris 1889*). — Emile G..., âgé de 25 ans, chau-

dronnier en cuivre, entre à l'hôpital Tenon dans le service de M. le Dr Landouzy le 15 février 1887.

Père et mère bien portants ; rien du côté des oncles et tantes paternels. Pas de renseignements précis touchant les collatéraux maternels. Le malade a un frère plus âgé que lui de deux ans, et une sœur âgée de 13 ans, bien portante, nullement nerveuse. La mère du malade étant enceinte de lui, a été souvent en proie à des émotions violentes, causées par son mari qui se livrait alors à des excès de boisson, qu'il a d'ailleurs cessés depuis.

Le malade lui-même est alcoolique, pas nerveux. Fièvre typhoïde à 14 ans ; depuis il a toujours été bien portant.

En juin 1884 il contracta la syphilis ; il se traita incomplètement, (un mois de protoiodure et deux mois d'iodure de potassium). A ce moment la syphilis se manifesta par la roséole, les syphilides, la céphalée et par des douleurs ostéocopes dans les deux membres supérieurs.

En novembre 1884 il s'apercevait que son membre inférieur gauche était faible, fléchissait sous lui et plusieurs fois il tomba par terre, tant par faiblesse de la jambe, que par suite d'une sorte de vertige sans perte de connaissance. Anesthésie incomplète du même membre. Après deux mois la parésie cesse, mais l'anesthésie persiste encore à l'entrée ; pas de crises nerveuses.

Le 1^{er} février, il sentit que sa jambe gauche redevenait faible comme il y a deux ans ; depuis quelque temps déjà secousses, accompagnées d'une sensation de piqure, dans ce même membre gauche. Le membre inférieur gauche est de volume normal, nullement différent du membre droit. Anesthésie tactile et thermique au membre gauche ; diminution du sens musculaire ; la notion de position n'est pas complètement perdue. Pas de points hystérogènes, ni de plaques hyperesthésiques. Anesthésie pharyngienne marquée.

Le champ visuel notablement rétréci à gauche, avec légère
Kirkoff

dyschromatopsie pour le violet et le bleu. Les réflexes tendineux diminués à gauche.

Ouïe et odorat notablement diminués à gauche. Goût totalement absent sur moitié gauche de la langue.

Pas de changement du caractère, le malade n'est ni nerveux, ni impressionnable.

Le malade sort quelques jours après son entrée, sur sa demande, sans amélioration.

OBSERVATION 40, résumée (*Salmeron. De l'hystérie alcoolique Th. de Paris* 1889). — Georges H..., 22 ans, orfèvre, entre pour la deuxième fois à l'Hôtel-Dieu, en juin.

Père mort fou, mère sujette aux attaques de nerfs, frère mort de convulsions à 11 mois. Incontinence nocturne d'urine jusqu'à 18 ans. Attaque convulsive à 18 ans, à la suite d'une fracture de cuisse. Excès d'alcool. Attaques à intervalles longs et irréguliers.

Syphilis il y a deux ans. Depuis 1874, huit attaques convulsives en tout ; mais depuis 18 mois elles sont plus fréquentes, plus intense en même temps apparaît l'hémianesthésie. Vertiges fréquents, absences, spasmes gênant la respiration. Envies pressantes d'avaler à plusieurs reprises, pas de boule hystérique. Mémoire affaiblie. Céphalée.

Hémianesthésie du membre inférieur droit ; insensibilité au froid ; sensibilité tactile conservée.

Mêmes phénomènes au niveau du tronc en avant et en arrière du côté droit, du cou, de la face et du cuir chevelu. Anesthésie de la conjonctive oculaire droite, du pharynx, de la langue, du palais, de la joue et des lèvres à droite.

Ouïe affaiblie à droite. Vue affaiblie, dyschromatopsie, rétrécissement du champ visuel de l'œil droit. Goût et odorat abolis à droite.

Parésie du membre supérieur droit. Le compas de Weber

montre que les sensations sont bien mieux perçues au membre supérieur gauche.

Traitement et terminaison non indiqués.

OBSERVATION 41, résumée (*Rouby. Apoplexie hystérique dans la syphilis. Th. de Paris* 1889). — Désiré L..., âgé de 33 ans, entre le 24 mai 1888 à Necker. Syphilis à l'âge de 20 ans. Chancre induré, roséole, plaques muqueuses, alopecie. Six mois plus tard nécrose du pariétal gauche, amendée par le traitement spécifique.

Sous l'influence des préoccupations occasionnées par la gravité des accidents, le caractère du malade s'est modifié, de calme il est devenu irritable. Pendant les accès de colère, il est pris de strangulation, il lui semble qu'il va étouffer ; pas de perte de connaissance.

En 1887 première attaque apoplectique, suivie de paralysie et d'anesthésie du côté droit. Le malade est rapidement guéri par le traitement spécifique.

24 mai 1888 seconde attaque, à la suite d'une discussion.

A son entrée : Hémiplégie droite incomplète ; la face est intacte.

Hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète du côté droit ; anesthésie pharyngée totale. Sensibilité thermique abolie. Anesthésie conjonctivale droite.

Abolition de l'ouïe, de l'odorat et du goût du côté droit. Rétrécissement concentrique du champs visuel, dyschromatopsie et polyopie du côté droit.

Sous l'influence du traitement : frictions mercurielles et iodure de potassium, amélioration rapide et le malade sort complètement rétabli au bout de dix jours.

L'aimant appliqué ne produit pas de transfert.

OBSERVATION 42, résumée (*Rouby, loc. cit.*). — François D..., âgé de 40 ans, serrurier, entré le 10 Avril 1888.

Rien de nerveux dans la famille ni dans les collatéraux.

Rien dans ses antécédents personnels.

Syphilis vers l'âge de 25 ans, caractérisée par un chancre induré, adénopathie poly-ganglionnaire, plaques muqueuses, roséole, alopecie. Cette syphilis a été mal soignée.

Depuis la syphilis, il affirme être devenu irritable et rancunier et cet état n'a fait que s'aggraver avec le temps. Il est violent, emporté, — de même, rit pour un rien. A la suite d'émotion vive, il croit étouffer, tant sa gorge se serre; il tombe souvent et perd connaissance.

Céphalalgie très marquée.

Il y a 5 jours, en travaillant, il voit brusquement son marteau lui échapper de la main, ses jambes se dérobent sous le poids de son corps et il tombe sans connaissance. Il se réveille quelques heures plus tard et se trouve complètement paralysé du côté droit, sans aucun trouble de la parole.

Paralysie complète des membres et de la face.

Sensibilité à la douleur et au contact, est abolie dans toute la moitié droite du corps. Sensibilité thermique est complètement abolie; perte de la notion de fonction des membres. Anesthésie pharyngée absolue.

Hyperesthésie du cuir chevelu.

Abolition du goût, de l'odorat, de l'ouïe du côté droit.

Rétrécissement concentrique du champ visuel du côté droit; le malade distingue mal les couleurs et confond le vert et le bleu.

Le 15 avril application de l'aimant, produit une amélioration notable.

Le 29, le malade marchait librement, la sensibilité était revenue, et il prétendait avoir recouvré toutes ses forces.

Le lendemain le malade quitte l'hôpital à la suite d'une dis-

cussion avec la surveillante, et depuis on n'a pas eu de ses nouvelles.

OBSERVATION 43, résumée (*Bertrand, Hystérie dans ses rapports avec la Syphilis secondaire. Thèse de Lyon, 1892*).

M... Marie, 27 ans, bonne; entre le 16 Avril.

Père mort jeune, nerveux; alcoolisme probable. Mère morte à 48 ans, était très impressionnable. Pas d'hérédité nerveuse collatérale.

Rien à relever dans son enfance. Réglée à 18 ans, et régulièrement.

A 25 ans, contracture en flexion de tout le membre supérieur gauche, ainsi que des crises hystériques bien caractérisées, survenues à la suite d'une chute de voiture. Ces crises se répètent à longs intervalles; impressionnabilité très grande. Pleurs et rires non motivés. Soignée par M. Charcot, puis par M. Parmentier par l'hypnotisme, par l'électricité. Malgré ces traitements divers, la contracture du bras persista 10 mois et disparut subitement. Depuis ce temps, plusieurs crises d'hystérie, accompagnées une fois de contracture de membre inférieur gauche.

Avant dernière crise au mois de décembre 1888.

Au commencement d'avril, elle contracte la syphilis. A son entrée, plaques muqueuses de la vulve, ganglions inguinaux, éruption érythémateuse du thorax.

Le 25 avril. Grande crise d'hystérie, suivie de contracture du membre inférieur gauche, de fièvre légère.

Le 1^{er} mai. — On constate sur la main droite une bulle du volume d'une noisette, remplie d'un liquide séro-purulent et entourée d'une auréole rouge très fine.

La contracture du membre persiste. Sensation de boule; clou hystérique; points douloureux et sous-mammaires.

Anesthésie absolue (au toucher, à la piqure, à la température)

de tout le côté gauche du corps, sauf de la face. Réflexes abolis des deux côtés, sauf le conjonctival.

Le 11 mai. — Seconde crise, la contracture devient plus prononcée. Huit jours après, une troisième.

Le 16 juin. — Demande sa sortie. Les accidents spéciques sont guéris. Plus de contracture, plus d'hémianesthésie.

OBSERVATION 44, résumée (*Bertrand, loc. cit.*). — Fernande Ch..., 19 ans, bonne de brasserie, entre le 20 août 1897.

Mère nerveuse. La malade a été sujette aux crises de nerfs jusqu'à l'âge de 10 ans. Régulée à 14 ans ; premiers rapports à 18 ans. Pas d'alcoolisme, pas d'anémie.

Syphilis datant de trois mois ; plaques muqueuses.

Traitement : frictions mercurielles, pilules de protoiodure.

4 novembre. — Hyperesthésie de tout le côté gauche, surtout à la face externe de la jambe.

La malade affirme n'avoir pas eu de crise d'hystérie depuis l'âge de 10 ans.

Elle présente à l'examen, au mois de novembre, des zones hysterogènes, très nettes, toutes à gauche : 1° sur le vertexe ; 2° à la partie moyenne de la région dorsale de la colonne vertébrale ; 3° sous la clavicule ; 4° sur la région sous-mammaire ; 5° au point ovarien.

Depuis quelques temps, sensation de boule hystérique. Pas de rétrécissement du champ visuel.

OBSERVATION 45, résumée (*Bertrand, loc. cit.*). — Marie Mest..., 30 ans, ménagère, entre le 31 mars 1891.

Pas d'alcoolisme, pas d'antécédents nerveux héréditaires ou personnels. Bonne santé générale.

Mariée à 20 ans, a eu trois enfants. Le premier mort de tuber-

culose péritonéale, le second venu avant-terme, le troisième mort de méningite à l'âge de 1 an. Son mari est mort de diabète, sans qu'elle lui ait connu d'autre maladie.

Remariée en 1889, elle s'aperçoit que son second mari avait des boutons sur le corps ; c'est lui qu'elle accuse de l'avoir contaminée.

La date de l'accident primitif n'a pas pu être précisée. Environ deux mois après le mariage, céphalée nocturne intense, insomnie, alopécie ; pas d'éruption.

Un an après elle a été soignée dans le service de M. Aubert pour une ulcération à la partie interne de la jambe, guérie rapidement par le traitement spécifique. La malade ne s'est jamais soignée auparavant.

La malade entre le 31 mars pour une ulcération circonscrite de la paume de la main. Petite érosion à la petite lèvre droite. Pas de nervosisme ; elle prend 4 grammes d'iodure.

30 juillet, crise convulsive avec perte de connaissance, cris ; céphalée violente ; vertiges, cauchemars. Délire, ses réponses sont incohérentes, ses voisins se plaignent qu'elle parle toute la nuit. Température normale.

Suppression de l'iodure, potion au bromure.

10 août. Vasodilatation intense de la face, céphalée très vive, comparable à des clous enfoncés dans le côté gauche de la tête avec maximum à l'occiput.

Sensibilité générale fortement diminuée à gauche. Sensibilités spéciales conservées. Diminution de l'acuité visuelle et rétrécissement du champ visuel du côté gauche.

Hyperesthésie plantaire gauche très-vive, empêchant la marche.

Parésie très accentuée de la jambe gauche. Sensation à la gorge d'un corps étranger remontant de l'estomac et l'empêchant de manger et de parler.

Reflexes tendineux exagérés de deux côtés.

4 novembre. Les accidents ont cessé ; plus trace de nervosisme ; sensibilité et vision normales. Aucune différence de force entre les deux membres intérieurs.

Le caractère est resté triste ; la malade est taciturne.

OBSERVATION 46, résumée (*Bertrand, loc. cit.*). — Marie Charb ..., 21 ans, couturière, entre le 2 octobre 1891.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 17 ans ; chaque mois douleurs de ventre, céphalée, malaise vague à l'époque des règles. Anémie.

Syphilis datant de trois semaines. Adénopathie. Douleurs et crampes dans les mollets. Faiblesse générale. Syphilide maculeuse. Albuminurie non traitée.

Le 24 octobre. Sensation de boule hystérique. Crise convulsive, arrêtée par la compression des ovaires. Réflexe pharyngien conservé ; pas d'anesthésie. Zones hystérogènes multiples.

2 novembre. Nouvelle crise d'hystérie. La malade étant soumise au traitement mercuriel n'a pas eu d'autres crises jusqu'au 11 décembre, date à laquelle l'observation s'arrête.

Hyperesthésie des membres inférieurs, nervosisme plus accentué qu'avant la maladie, caractère bizarre, mais pas d'accidents nerveux sérieux.

OBSERVATION 47 (*Fournier. Communic. à la Soc. de dermat. et de syphiligraphie*, 12 novembre 1891. — *Gazette hebdomadaire*, 21 novembre 1891). — X..., âgé de 24 ans, sellier. Rien dans les antécédents du père et de la mère.

Antécédents personnels : croup et scarlatine dans l'enfance ; fièvre typhoïde à 14 ans. Quelques excès alcooliques (absinthe) en

Algérie à l'âge de 18-19 ans. Pas le moindre symptôme nerveux jusqu'à ce dernier temps.

Le malade a contracté la syphilis en décembre 1890. Deux chancres indurés à la verge, diagnostiqués et traités à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Quelques semaines après, roséole.

Traitement de protoiodure pendant 5 semaines ; iodure de potassium pendant un mois.

En mai, il est admis dans le service de M. le Dr Du Castel pour une syphilide acnéiforme et une affection oculaire. Il n'y séjourne que 16 jours. Au delà, il ne se traite plus qu'd'une façon très irrégulière. Il est affecté alors, d'une façon pour ainsi dire continue, de plaques muqueuses buccales.

Vers la fin du mois d'août, il se sent « la tête lourde » et les jambes engourdies. En outre, il éprouve un symptôme singulier, consistant en des accès de larmes, qui se reproduisent sans cause à chaque instant. Il raconte que, pour pleurer à son aise et sans crainte qu'on se moque de lui, il lui est arrivé maintes fois d'aller se cacher dans les latrines.

De cette époque, aussi, date un accident plus sérieux. Une nuit, il est réveillé par le besoin d'uriner. Il se lève, puis tout aussitôt tombe comme une masse sur le côté gauche, mais sans perte de connaissance. Impossibilité subite d'articuler un seul mot ; mais *cris incessants*, que le malade compare lui-même aux « rugissements d'une bête sauvage ». En outre, *accès d'éclat de rire* ; « je ne cessais, dit-il (pour continuer à le laisser parler) de rire comme un bossu ». Enfin, dès cette attaque, parésie des membres gauches et de la face ; bouche déviée à droite, mais rien du côté de l'œil correspondant.

Les jours qui ont précédé cette attaque, nul émotion, nul excès, ni alcoolique, ni vénérien ; pas de fatigue, pas de travail forcé. En un mot, nulle cause appréciable n'a déterminé les accidents qui viennent de se produire.

Un médecin mandé aussitôt prescrit de l'iodure de potassium. Retour de la parole vers le cinquième jour. Amélioration des mouvements. Mais persistance des éclats de rire, qui se reproduisent à chaque instant, à propos d'une excitation. Impossibilité de regarder un objet brillant, tel qu'un métal, une montre, le comptoir d'un marchand de vin, voir un verre d'eau, sans être pris d'un accès de fou rire.

Cet état persiste. Puis survient une iritis spécifique, pour laquelle le malade se décide à entrer dans le service, le 28 septembre dernier.

A cette époque, on constate les divers symptômes suivants : iritis d'ordre incontestablement spécifique : plaques muqueuses buccales (langue, voile du palais) ; céphalées nocturnes, parésie des membres ; le malade ne peut écrire, mais exerce une certaine pression avec la main gauche. Celle-ci ne marque que 24 kilogr. au dynamomètre, tandis que la droite atteint 75 kilogr. Il peut marcher, et marche même assez bien : mais au bout d'un certain temps, il traîne la jambe. Exagération notable des reflexes rotuliens. Il répond bien aux questions, mais il a l'air béat. Ce qui domine, c'est toujours le rire, qui se produit à tout instant, qui éclate à la moindre émotion, à chaque question que nous adressons au malade. X... nous raconte que souvent il éclate de rire même la nuit, au moment où il se réveille. Chez lui, ces derniers jours, il lui était impossible d'allumer sa lampe, parce qu'au moment où il apercevait le brillant de la flamme, il était pris d'un accès de rire qui agitait sa main et l'empêchait de placer le verre sur la galerie. La semaine dernière, il entre un jour dans un bureau de tabac pour allumer sa cigarette : au moment où il saisit le porte-flamme, il se trouve pris d'un tel accès de rire que sa main crispée ne peut plus quitter l'instrument ; et alors un monsieur, qui attendait son tour derrière lui pour allumer son cigare, l'a injurié, croyant qu'il se moquait de lui, etc.

Traitement : Frictions mercurielles à 6 gr. ; iodure de potassium, de 4 à gr. par jour ; collyre à l'atropine.

Amélioration rapide. Céphalée rapidement guérie. Iritis amendée. Retour progressif de la motilité dans le membre droit. Le malade peut écrire dès les premiers jours d'octobre.

Le 24 octobre le malade quitte l'hôpital contre l'avis de M. le Dr Netter (suppléant M. Fournier pendant les vacances).

Au dehors, il ne prend plus qu'une très faible dose d'iodure de potassium.

Le 10 novembre, il revient à Saint-Louis, où nous le trouvons dans l'état suivant :

Ce qui frappe dès le premier abord, c'est toujours le même phénomène prédominant, à savoir le rire, qui éclate à tout instant, par véritables spasmes de quelques secondes, parfois d'une demi-minute. La moindre excitation suffit à le déterminer, et par-dessus tout, comme auparavant, la vue d'un objet qui brille, tel que la cuvette d'une montre. Au moment où éclate le spasme, le malade se dit saisi d'une pression circulaire autour du thorax, puis d'une sorte de boule qui remonte de l'estomac à la gorge, et là l'étouffe « au point de perdre haleine ». Cette sorte de strangulation devient alors fort pénible.

Apyrexie. Grandes fonctions intactes. Langue un peu grisâtre. Peu d'appétit ; voire certain dégoût pour les aliments. L'intelligence est nette, en dépit de l'aspect béat, de l'aspect d'hébétude que présente la physionomie, souverainement ridicule par son rire perpétuel et stupide. Le malade peut lire ; et nous nous assurons qu'il se rend compte de ce qu'il a lu, en exigeant de lui un commentaire sur ce qu'il vient de lire. Il accuse une douleur de tête habituelle, siégeant vers la région pariétale gauche, et déterminant là une sensation pénible de pesanteur, de compression.

Il marche bien, et la jambe gauche ne traîne plus. Il écrit

bien ; mais la main gauche est encore notablement plus faible que la droite.

Hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle, très accentuée.

La moitié gauche du corps est à peine sensible à la piqure ; l'analgésie y prédomine sur l'anesthésie. hémianesthésie du même côté.

L'œil gauche ne peut lire. L'oreille gauche entend moins bien que la droite. L'abolition de l'odorat paraît complète pour la moitié gauche des fosses nasales. Seul, le goût nous paraît altéré sur les deux côtés de la langue, et profondément altéré, au point que, dans une série d'expériences, nous voyons le malade ne pouvoir distinguer le lait de l'eau, l'eau pure de l'eau très sucrée, l'eau sucrée de la tisane de réglisse. Seule, la saveur du vin est distinguée, mais sans doute, comme le fait remarquer le malade, « en raison de la chaleur qu'il détermine vers l'estomac ». Une solution d'extrait de gentiane n'est pas perçue par le malade, en dépit de son excessive amertume.

Réflexe pharyngien très émoussé, mais non complètement aboli.

Le malade ajoute en outre aux résultats de cet examen, une particularité qui pourrait avoir, au point de vue médico-légal, un très haut intérêt et qu'il importe de mentionner. Lors de son premier séjour dans le service, en octobre, il était pris chaque jour, et presque à heures régulières (de 3 à 6 heures de l'après-midi), d'une sorte de *crise d'obnubilation mentale*, au cours de laquelle il ne savait plus ce qu'il faisait. Il ne se rendait plus qu'obscurément compte de ce qu'il disait, de ce qu'on lui disait, ce qui se passait autour de lui. Il oubliait d'un instant à l'autre ce qu'on lui avait dit, ce qu'il avait fait, ce qu'il voulait faire. « J'étais alors, raconte-t-il, comme braque, stupide, détraqué, à peu près fou. » Or, au cours de ses crises, il arriva plus d'une fois que ses camarades se moquant de lui, l'agaçant, l'irritant, il entra dans de vio-

lentes colères, tira son couteau de sa poche, l'ouvrit, et se précipita sur les railleurs. Comme il n'était pas assez agile, en raison de sa jambe parésiée, pour les attraper, il lançait sur eux son couteau ; une fois même, étant parvenu à rejoindre l'un d'eux, il lui enfonça l'arme dans l'avant-bras, et cela d'un centimètre environ. La chose resta ignorée à cette époque, et la blessure n'eut pas de conséquences. Mais, à supposer que le coup eût porté ailleurs et d'une façon plus dangereuse, voire mortelle, l'inconscience et l'irresponsabilité du malade pour un crime commis au cours de ces singulières crises d'obnubilation auraient bien pu n'être que difficilement démontrées devant un tribunal ; d'autant qu'en dehors de ses crises, le malade était ou paraissait absolument *compos sui*, ne déraisonnait en rien, et semblait se rendre absolument compte de ses actes.

« L'hystérie ne peut évidemment ici être mise en discussion. Mais l'intérêt important est à savoir sous quelle influence elle s'est développée ?

Il me semble indubitable qu'il s'agit là d'hystérie d'origine syphilitique.

Cette hystérie s'est développée en dehors, indépendamment de toute autre cause que la syphilis. Elle est survenue sans excitation d'aucun genre, sans émotion, sans secousse morale, sans choc nerveux, sans traumatisme, sans intoxication ; elle n'a été précédée d'aucune maladie générale, d'aucune maladie infectieuse, etc., etc. L'interrogatoire a été poussé aussi loin que possible et nous avons été impuissants à trouver, en dehors de la syphilis, la moindre cause à laquelle elle puisse être rationnellement imputée.

D'autre part, elle s'est développée en pleine période secondaire elle a évolué côté à côté avec d'autres manifestations évidemment syphilitiques (plaques muqueuses, iritis). Elle a fait partie,

si je puis ainsi dire, d'un groupe, d'un ensemble symptomatique marquée au coin de la spécificité la plus indéniable.

Cette hystérie masculine n'est d'ailleurs que le pendant de celle que nous observons si fréquemment chez les femmes syphilitiques à la période secondaire.

L'hystérie de ce malade n'est pas une hystérie à côté de la syphilis, une hystérie née et évoluant par éventualité de hasard, de coïncidence fortuite, parallèlement à la syphilis ; c'est au contraire bel et bien, pour moi du moins, une hystérie *née de la syphilis*, à propos et par le fait de l'infection syphilitique ; c'est une hystérie *par syphilis* et d'origine syphilitique.

OBSERVATION 48. — *Moukhtar D. Hystéro-syphilis Soc. française de dermat. et de syphiligraphie* 10 mars 1892. Paris. — Il s'agit d'un homme âgé de 27 ans, cantonnier de la ville, entré le 8 janvier 1892 dans le service de notre maître M. le Professeur Fournier pour des accidents syphilitiques.

Antécédents héréditaires. — Le père avait contracté la syphilis à l'âge de 28 ans ; il est mort à l'âge de 68 ans d'une néphrite. Il n'aurait jamais présenté d'accidents nerveux.

La mère était atteinte de maladie de cœur, elle n'aurait rien présenté du côté du système nerveux non plus que les trois frères du malade ; elle avait eu une fausse-couche de six mois.

Antécédents personnels. — Notre malade n'aurait jamais présenté d'accidents nerveux avant d'avoir contracté la vérole ; tout ce que nous avons pu découvrir dans ses antécédents est que, lorsqu'il se mettait en colère, ce qui lui arrivait d'ailleurs rarement (une fois par an au plus), il se sentait la poitrine serrée et devenait incapable de parler pendant quelques instants.

Histoire de la maladie. — Il eut des rapports, quoique marié, avec une femme qu'il ne connaissait pas, vers les premiers jours du mois d'août 1891 ; au commencement de septembre il

aperçut un bouton sur le fourreau de la verge, à la suite duquel apparurent une roséole, une céphalalgie nocturne très intense, de l'ongine, de la chute des cheveux.

Il n'aurait pris comme traitement que 16 pilules de protoïodure de mercure jusqu'au 8 janvier 1892, jour de son entrée à l'hôpital ; à ce moment on constata la cicatrice du chancre, la roséole en voie de disparition, des plaques muqueuses à la bouche et à l'anus, des syphilides papuleuses, en petit nombre, sur le corps, des croûtes dans le cuir chevelu et de nombreuses périostoses des deux tibias.

Au bout de quelques jours on s'aperçut de l'existence de symptômes nerveux. Le symptôme le plus frappant est l'anes-thésie ; la sensibilité à la douleur est abolie ou diminuée symétriquement sur toute la surface du corps, sauf la plante et le dos du pied, la paume de la main (le dos de la main est complètement insensible à ce point que le malade s'est brûlé au poêle sans le sentir), la partie postéro-interne de la cuisse, les fesses, le scrotum, la verge, la partie inférieure de l'abdomen et une bande étroite partant de la pointe du scrotum venant se perdre au niveau de l'ombilic dans la partie précédemment indiquée de l'abdomen.

La sensibilité au tact et à la température sont conservées.

La sensibilité à la douleur de la langue est supprimée ainsi que le goût.

L'odorat est affaibli ; l'ouïe est presque complètement abolie à gauche, légèrement diminuée à droite.

Il y a un léger rétrécissement du champ visuel des deux côtés, plus marqué à droite qu'à gauche.

Le malade ne dort pas bien et il a des cauchemars. Algidité périphérique.

Sorti le 29 février 1892, nous le voyons aujourd'hui 10 mars ; il s'est traité dans l'intervalle, il dort bien maintenant, les périostoses persistent, les autres symptômes syphilitiques se sont

amendés ; l'anesthésie est un peu moins marquée, mais elle continue à exister.

OBSERVATION 49 (*Hudelo. Soc. franç. de dermat. et de syphiligraphie*, 7 juillet 1892). — Le nommé C.... B., âgé de 28 ans, garçon boucher, entre le 18 juin 1892 dans le service de M. le professeur Fournier. Il est syphilitique depuis 1886 : à cette époque, chancre induré phagédénique du gland, au voisinage du méat, plaques muqueuses anales et buccales, syphilides cutanées diverses parmi lesquelles des syphilides ulcéreuses de la cuisse gauche. De 1886 à 1889, aucun accident syphilitique. En 1889, sarcocèle du testicule gauche (séjour dans le service du 26 octobre au 3 novembre). En 1890, gomme du pharynx (nouveau séjour à l'hôpital).

Les accidents pour lesquels le malade entre à l'hôpital aujourd'hui ont débuté vers le mois d'avril 1891, par un coryza purulent, croûteux, établi chroniquement, accompagné d'épiphora, de céphalée, de perte progressive de l'odorat ; en octobre 1891, B... mouche pour la première fois un fragment d'os ; traité alors dans le service, il sort très amélioré en novembre 1891 : on avait alors déjà constaté des dénudations osseuses intra-nasales jusqu'au niveau de la voûte.

Les accidents ne tardèrent pas à se reproduire, plus intenses encore, et à plusieurs reprises, le malade rendit par les narines des fragments osseux ; la céphalée persistante, la suppression du sommeil le décidèrent à rentrer dans le service.

L'état du malade est à ce moment le suivant :

Céphalée intense, frontale, permanente, à recrudescence nocturne, donnant la sensation de coups de marteau répétés ; affaïssement, obtusion cérébrale, véritable abrutissement, tel que le malade reste dans son lit sans parler à personne ; insomnie abso-

lue depuis plusieurs semaines ; douleurs nasales, principalement à la racine du nez.

Ozène extrêmement fétide.

Tuméfaction considérable du nez, surtout vers sa partie supérieure : le squelette externe (apophyse montante du maxillaire os propre et intact ; au contraire, la disparition du squelette interne (cornets et surtout cloison cartilagineuse et osseuse) a déterminé une déformation manifeste de la partie inférieure du nez qui a tendance à rentrer dans la partie supérieure (tube de lorgnette). L'examen par le stylet fait reconnaître de plus une dénudation étendue de la face inférieure de l'ethmoïde.

Depuis 15 jours le malade remarquait un affaiblissement marqué dans tout le côté gauche, surtout quand il s'était couché sur ce côté, et, en effet, nous constatons une véritable parésie du membre supérieur et du membre inférieur à gauche, la face étant absolument respectée.

Ce n'est pas sans surprise qu'en examinant le malade plus minutieusement nous constatâmes du côté gauche : une hémianesthésie sensitive complète de la peau, des muqueuses ; une hémianesthésie sensorielle (diminution de l'ouïe ; perte du goût, rétrécissement extrême du champ visuel) ; enfin une perte du sens musculaire toujours du même côté. Notons que l'odorat est dès longtemps aboli à droite, comme à gauche, du fait des lésions nasales.

Rapportant ces troubles nerveux à la névrose hystérique, nous apprenions, en effet, du malade qu'en 1888, à la suite d'une fièvre typhoïde, il avait présenté des troubles nerveux caractérisés par une sensation de boule au creux épigastrique, remontant parfois vers le larynx. De plus, il présente actuellement au niveau de la partie inférieure gauche de la fosse iliaque un point douloureux pseudo-ovarien, qui se manifeste depuis quelques mois lorsqu'en mettant ou ôtant ses chaussures, le malade, le corps fléchi,

détermine lui-même la compression de ce point : la douleur s'accompagne même parfois de sensations spéciales, d'une sorte d'aura. Jamais le malade n'a présenté d'attaque convulsive.

Le malade, soumis au traitement spécifique : 2 pilules de Dupuytren, 4 gr. d'iodure, et à des lavages fréquents du nez à l'eau boriquée avec le siphon de Weber, s'est rapidement amélioré. Le sommeil avait reparu, la céphalée avait presque disparu, quand il se fit renvoyer de l'hôpital le 2 juillet ; les symptômes hystériques eux n'avaient point changé.

OBSERVATION 50 (*Fournier, Soc. de dermat. et de syphiligraphie*, 1895, p. 1134. — Le nommé Pierre B..., ébéniste, est entré le 26 novembre 1895, salle Saint-Louis, lit n° 41, hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — Le malade ne présente rien de particulièrement intéressant dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort d'une laryngite tuberculeuse. Sa mère est morte à 44 ans d'une hémorrhagie intestinale. Il a trois frères ou sœurs qui tous sont bien portants. Chez chacun d'entre eux, pas plus que chez ses parents, on ne relève de traces d'hystérie ou même de névrosisme.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 15 ans, le malade est élevé à la campagne et son enfance ne fut troublée par aucune maladie même légère. Jamais il n'a entendu dire qu'il fût un enfant nerveux. A 15 ans, il vint à Paris exercer son métier. Sa santé fut excellente jusqu'en 1892. Au mois de septembre de cette année, sa femme dut être internée à Villejuif. A la même époque, B..., livré à lui-même, s'adonne à la boisson et fait des excès de veilles. Malgré cela, il travaillait toujours mais il était très affaibli. Ces excès ne prirent fin qu'en février 1893.

Le 4 février 1893. — Le malade entre en effet à l'hôpital du

Midi pour une *ulcération* du prépuce qui fut diagnostiquée : chancre géant du prépuce. Il y demeure jusqu'au 7 mars et pendant ce séjour il prend du protoiodure de mercure à haute dose, 5 pilules par jour. La roséole est peu abondante.

Le 10 mars 1893. — Il entre à Lariboi-ière, dans le service de M. Raymond, pour des lésions de la gorge sur lesquelles on porte le diagnostic *d'angine diphtérique*. Mais l'erreur est reconnue par l'examen de l'exsudat membraneux. Il s'agissait simplement de lésions secondaires de syphilis qui guérissent sous l'influence d'un traitement énergique et approprié.

Pendant son séjour à Lariboisière et deux mois environ après son entrée, le malade présente de vastes *ulcérations* dont les cicatrices persistent encore. A la jambe droite, toute la moitié inférieure du membre était prise, le bras droit, la face, le cuir chevelu présentaient aussi des lésions. Le gland fut très endommagé et aujourd'hui on voit encore une perte de substance assez notable.

Ces différentes lésions déterminèrent chez le malade une fièvre intense et il présenta en même temps de l'œdème des membres inférieurs. Nous verrons dans un instant qu'il a une lésion cardiaque qui existait peut-être déjà à cette époque.

Le traitement consista dans l'administration de 5 pilules de protoiodure tous les jours et des doses progressivement croissantes d'iodure de potassium et allant jusqu'à 20 grammes par jour. Il prit en même temps de la liqueur de Fowler.

Il reste en traitement jusqu'au 11 mars 1894, époque à laquelle il sort à peu près guéri.

Jusqu'en mai 1895 son état fut satisfaisant. A cette époque il fut pris de violents maux de tête à paroxysme nocturne, et quelques jours après il eut une attaque *d'épilepsie* que l'on peut reconstituer ainsi d'après ce que le malade raconte. Tout d'un coup il était pris de vertiges, il perdait connaissance et tombait à terre. Si la crise survenait après un repas il avait des vomisse-

ments. La crise durait environ 15 minutes pendant lesquelles le malade écumait, se mordait la langue et urinait sous lui. Pendant ces attaques le bras gauche était contracturé.

Elles se renouvelèrent cinq ou six fois pendant les mois de mai et juin 1895.

En juin 1895 il rentre dans le service, salle Saint-Louis, se plaignant de ses crises et de céphalées intenses. Pendant son séjour on le soumit au traitement mercuriel par les injections de calomel à 0,05 (on lui en fit 3) et à l'iodure de potassium 4 gr. par jour. Pendant son séjour qui se prolongea jusqu'au 18 juillet il n'eut que deux légères crises nerveuses. A cette époque il quitte le service, très amélioré. Les attaques ne se renouvellent plus et les douleurs de tête ont cessé.

La santé du malade se maintient ainsi jusque vers le 11 novembre. A ce moment il s'aperçoit que sa jambe et son bras gauches faiblissent. En même temps il est repris de céphalées intenses, contre lesquelles il prend de l'antipyrine. Ces douleurs siègent au niveau des bosses frontales et temporales des deux côtés et s'exaspèrent la nuit au point d'empêcher le malade de dormir. L'examen de la voûte crânienne ne décele rien de particulier.

Le 25 novembre 1895, il entre salle Saint-Louis en se plaignant de cet affaiblissement de tout le côté gauche et de la perte de la vue du même côté. Il dit en outre ne rien sentir de ce même côté et avoir de la peine à marcher et même à se tenir debout.

Un examen attentif du malade révèle une parésie des membres supérieurs et inférieurs du côté gauche. Le dynamomètre placé dans la main droite donne 40, dans la main gauche 3 seulement. De même pour le membre inférieur on arrive très aisément à vaincre la résistance opposée par le malade à la flexion de la jambe gauche sur la cuisse, alors que du côté droit on n'y réussit qu'à grand'peine.

Le sens musculaire est aussi très atteint de ce même côté. Le malade ne peut trouver sa main droite, avec sa main gauche.

Mais, fait très important, il y a une *hémianesthésie complète* du côté gauche. On peut enfoncer profondément des aiguilles dans les téguments de ce côté sans déterminer aucune douleur. La pression même assez forte du testicule gauche ne détermine aucune contraction douloureuse.

Les réflexes sont conservés, mais du côté gauche il y a une légère exagération. Le malade présente aussi le *signe de Romberg*. Il peut encore se tenir en équilibre sur le pied droit, mais non sur le pied gauche. Pendant la marche le malade *traîne un peu la jambe, mais ne fauche pas*.

La sensibilité à la chaleur est abolie. . .

Du côté des yeux on note des troubles importants :

Les pupilles sont dilatées, mais elles réagissent bien à la distance et à la lumière. Le réflexe pupillaire est conservé.

La vue est presque totalement abolie du côté gauche, si bien qu'il est impossible de savoir s'il y a dyschromatopsie ou non. Cependant en approchant les objets assez près de l'œil du malade, il les voit, mais n'en distingue pas les couleurs.

L'examen du fond de l'œil n'a révélé aucune lésion.

L'ouïe est abolie du côté gauche. Le malade n'entend pas le tic-tac d'une montre appliquée sur l'apophyse mastoïde du côté gauche. Malgré ces troubles, l'appareil transmetteur ne présente aucune lésion.

Le goût et l'odorat sont de même abolis du côté où siège l'hémianesthésie.

Traitement : Injection de calomel 0,054, iodure de potassium.

Etat des organes. — Le cœur est notablement hypertrophié. Le malade se plaint de violentes palpitations avec légères douleurs précordiales se prolongeant jusque dans le bras gauche.

Les bruits sont doux et vibrants. A la pointe on sent très bien

à la main une sorte de roulement, mais l'auscultation ne révèle aucun souffle.

Le système artériel ne présente pas de lésion.

Les poumons sont sains. Le foie n'est pas augmenté de volume. Les reins fonctionnent normalement et les urines ne sont pas albumineuses.

OBSERVATION 51, inédite (*recueillie par M. Gastou, chef de clinique dans le service de M. le Professeur Fournier*).

Chancres de la verge. Syphilis secondaire. Hystérie gastrique. Boulimie, crise de gastralgie, vomissements. Prurit hémi-latéral consécutif à une gale. Alcoolisme.

Le nommé G..., garçon-maçon, âgé de 20 ans, entre le 29 décembre 1895, salle St-Louis pour des chancres multiples de la verge et des accidents secondaires : syphilides érythémato-squameuses sur le tronc et les membres.

Il a été frotté quelques jours auparavant pour une gale guérie actuellement.

A son entrée on le met aussitôt au traitement : deux pilules de proto-iodure de mercure par jour.

La syphilis date de quatre mois environ, il ne s'est pas traité jusqu'à présent.

Il n'a jamais été malade auparavant, n'a jamais eu d'accidents nerveux, mais boit régulièrement 3 à 4 absinthes par jour et autant de litres de vin rouge.

Il ne présente du reste aucun signe révélateur d'alcoolisme, ni pituite, ni cauchemars, ni crampes, ni tremblements.

Le 12 janvier, il se plaint de souffrir de la faim et trouve qu'il n'a pas assez. On augmente d'un degré sa nourriture journalière, c'est-à-dire qu'il prend : pain blanc 60 décag., vin 48 centil., lait 25 centil. ; au premier déjeuner : soupe maigre 30 centil. ; à midi : potage gras 30 centil., viande rôtie 15 décag., ou bien

viande rôtie 6 décag. et bouilli 9 décag., légumes secs 15 centil. ou 2 œufs ; le soir 60 centil. de potage gras, viande bouillie 12 décag., viande rôtie ou volaille 3 décag., légumes frais 16 centil, ou pommes de terre 24 centilitres.

Le 13 et 14 janvier : il demande avec insistance à manger et dit qu'il quittera l'hôpital s'il n'a pas davantage de pain. On le met à dix degrés moins le vin : il prend alors 72 décag. de pain, 60 centil de soupe le matin ; à midi : 15 décag. de viande, deux œufs et des fruits cuits ; le soir 60 centil. de soupe grasse, 24 centil. de légumes et 15 décag. de viande.

Devant cette faim insatiable, on cherche s'il n'existe pas un diabète passé inaperçu. Il n'y a aucun signe pouvant y faire penser : ni polydypsie, ni polyurie, l'examen des urines ne dénote ni sucre, ni albumine.

Monsieur le Professeur Fournier examinant alors le malade constate ce qui suit : hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche complète. Abolition complète de la sensibilité à la piqure et à la douleur dans tout le côté gauche. Abolition du goût sur la moitié gauche de la langue : le sulfate de quinine ne fait naître aucune sensation gustative à gauche, tandis qu'à droite l'application d'une parcelle provoque immédiatement des crachotements et des nausées. Rétrécissement considérable du champ visuel à gauche. Pas de dyschromatopsie, pas d'autres troubles oculaires.

Absence de points hystérogènes, sauf cependant une sensibilité très exagérée à la pression au niveau de l'estomac, véritable point hystérogène épigastrique, dont la pression éveille une sensation d'angoisse spéciale et détermine un malaise gastrique vague.

Pas d'autres troubles organiques. Santé générale bonne.

Le 15 janvier : la faim devient intolérable, le malade ramasse toutes les croûtes de pain qu'il peut trouver et demande à ses voisins leurs restes.

Traitement : Douches froides; bromure de potassium 4 gr., vésicatoire épigastrique.

Même état les jours suivants.

Le 17. Le malade se plaint d'une sensation de constriction épigastrique et d'étouffements, survenue dans la nuit.

La boulimie persiste.

Le 18. Même état, ébauche d'une attaque : contracture subite des membres : le malade étouffe. Cet état dure quelques instants. La faim diminue. L'hémianesthésie persiste.

Le 19. Mêmes accidents que la veille. Douleur vive du creux épigastrique, non superficielle, mais profonde, crampes douloureuses, ballonnement du ventre.

Le 20. La boulimie cesse brusquement et apparaît un état nauséux. Gastralgie.

Le 22. Gastralgie persiste. Vomissements répétés, alimentaires d'abord, puis muqueux et bilieux.

Le 23. Même état : Vomissements et gastralgie intense.

Glace à l'extérieur et à l'intérieur, lait, piqûre de morphine.

Le 24. Gastralgie moins intense, vomissements persistent.

Suppression de la morphine.

Le 25. Amélioration qui continue les jours suivants. Le malade se remet à manger, mais la boulimie a disparu.

Depuis quelques jours, il se plaignait de démangeaisons. La présence de quelques papules de prurigo fait penser à un retour de gale.

Le 27. Frotte. A partir de ce jour, le malade accuse de violentes démangeaisons, mais seulement du côté droit; le côté hémianesthésié est complètement indemne de prurit. Ces démangeaisons se calment au bout de 3 ou 4 jours.

A ce moment, à la suite d'une discussion, le malade quitte le service.

OBSERVATION 52, inédite (*recueillie par M. Gastou, chef de clinique, dans le service de M. le professeur Fournier*).

Syphilis maligne précoce. Hystérie secondaire polymorphe : paralysie faciale, attaque d'hystérie convulsive, astasie-abasie, verrièges, contractures. Troubles pigmentaires.

La nommée C..., âgée de 20 ans, bonne, est entrée dans le service de M. le professeur Fournier le 6 octobre 1894 pour des syphilides papuleuses et papulo-érosives, disséminées sur tout le corps, et des plaques muqueuses vulvaires et amygdaliennes.

Elle racontait avoir eu cinq semaines auparavant un mal de gorge qui avait persisté longtemps et un bouton sur l'aile droite du nez.

Elle quitte le service, son éruption totalement effacée.

Le 28 novembre elle revient à la polyclinique avec une nouvelle éruption de syphilides papuleuses, la plupart très pigmentées, quelques-unes d'aspect purpurique.

Le 26 décembre, les syphilides, sauf aux jambes où il y en a encore quelques-unes en activité, ont disparu, mais à leur place, ont laissé une pigmentation très marquée.

Le 9 janvier 1895 : plaques muqueuses des lèvres, syphilides papulo-croûteuses de la joue droite ; céphalalgie intense depuis 8 jours ; anorexies, vertiges semblant liés à des troubles gastriques. Langue saburrale.

La malade ayant suivi jusqu'alors le traitement par les pilules le cesse momentanément et le remplace par le sirop de Gibert.

Le 16 janvier : syphilides labiales et papulo-croûteuses très améliorées. Céphalalgie et troubles gastriques persistent. On donne des alcalins.

22 Janvier : paralysie faciale gauche survenue brusquement et datant de 4 jours ; hémicrênie et hémicéphalgie faciales gauches intenses. Douleur au niveau du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien, sans torticolis.

Tout le domaine du facial est pris ; l'œil gauche ouvert largement, ne peut être fermé. Paralyse de la moitié gauche du voile du palais. Lucette déviée. Hémianesthésie faciale gauche complète. Hémianesthésie de la muqueuse buccale et de la muqueuse linguale dans la moitié gauche où le toucher, la piqûre, le sulfate de quinine ne sont pas perçus.

La malade entend à peine de l'oreille gauche, ce qui semble dû à un relâchement du muscle du marteau (examen direct). Pas de bourdonnements d'oreilles ou d'autres symptômes auriculaires, pas d'hypéraisie.

Rétrécissement du champ visuel à gauche.

Hémianesthésie totale de la moitié gauche du corps.

On donne des douches froides et du bromure de potassium.

Le 30 janvier 1895 : Amélioration de la paralysie faciale, mais étourdissements, sensations vertigineuses et nausées.

6 février : paralysie guérie, accentuation des vertiges et des troubles dyspeptiques, vomissements. Apparition sur la langue de plaques décapillées.

La malade entre dans le service.

41 février : Crise d'hystérie, contracture des quatre membres en flexion avec pronation intense du pouce dans la paume de la main, raideur de la nuque. Pas de convulsions cloniques, la crise se termine par des pleurs. Cette crise qui était survenue spontanément s'est renouvelée depuis à la vue d'une malade ayant une crise d'hystérie.

La malade n'a jamais eu antérieurement de crises nerveuses. Aucun antécédent nerveux chez sa mère ni chez son père, lequel n'est pas alcoolique. Son père et sa mère sont cousins germains. Elle raconte qu'une tante maternelle avait des attaques avec perte de connaissance et morsures de la langue. Elle a eu 4 frères et sœurs : l'ainé est mort de « colique miserere », dit-elle, à 20 ans ; le dernier a un nœvus de la langue.

Toujours peu développée, elle n'a cependant jamais fait de maladie grave.

15 février. Depuis quelques jours la malade se plaint à nouveau de maux de tête, de vertiges et de nausées. Elle est couchée sur le dos, indifférente à ce qui se passe autour d'elle, triste, abattue, affaissée ; elle accuse une douleur intense au niveau de la tempe droite et de la masse musculaire du mollet gauche. Ces douleurs sont exagérées par la pression. Il n'existe ni exostose, ni empâtement, ni atrophie.

En examinant la malade on s'aperçoit que la force musculaire est très diminuée dans la jambe gauche, qui a perdu également la sensibilité au toucher, au chaud et au froid. Il en est de même, du reste, de tout le côté gauche.

A droite la sensibilité paraît exagérée, il y a plutôt hyperesthésie.

Il y a en outre perte de notion de position des membres inférieurs : si on vient à croiser, l'une sur l'autre, les jambes de la malade, il lui est impossible de dire quelle est la jambe qui est sur l'autre, si on lui ferme les yeux au préalable.

Au membre supérieur gauche, la malade, également les yeux fermés, ne peut reconnaître quel est le doigt auquel on fait subir des mouvements.

Il y a aussi une légère incoordination motrice des membres supérieurs et inférieurs quand on veut, le sujet les yeux fermés, leur faire atteindre un but déterminé.

La démarche de la malade est ce qu'il y a de plus particulier dans son histoire :

Elle ne peut se tenir debout et marcher seule. Ses jambes, au repos, s'infléchissent, se croisent et s'affaissent. Si elle essaie de marcher, ses jambes s'entrecroisent l'une devant l'autre sans direction aucune, les pieds se placent inertes sur le sol, dans une situation quelconque, comme le forment les membres d'un pantin.

Presque toujours pourtant les pieds touchent le sol par leur bord externe.

Cette perte totale d'équilibre dans les stations debout et assise ressemble à la démarche décrite sous le nom d'*astasia-abasie*. Elle s'accompagne de sensations vertigineuses et de douleur de la nuque. Il n'existe pas de tremblement ; les reflexes rotuliens sont légèrement diminués.

Debout, aussi bien qu'allongée dans son lit, les sensations vertigineuses persistent ; elle voit tout tourner autour d'elle, elle croit alors qu'elle va tomber sur son côté gauche. Il lui arrive parfois d'avoir simultanément des bourdonnements de l'oreille gauche.

Jusque vers les premiers jours de mars il est impossible de la faire marcher, puis brusquement la scène change.

Le rétrécissement du champ visuel qui était à gauche a disparu. L'anesthésie linguale est passée de gauche à droite. Il existe des points hystérogènes au niveau des seins, des ovaires, du vertex, du rachis à la région dorsale moyenne. L'hémi-anesthésie est devenue droite.

L'excitation cutanée directe au niveau du trapèze et des muscles du mollet droit détermine des contractions musculaires douloureuses.

La marche redevient possible, d'abord incertaine, puis peu à peu l'assurance de la station entraîne celle de la marche.

Jusqu'au 4 avril, rien à noter. A ce moment poussée d'accidents syphilitiques ; périostoses du tibia droit au tiers supérieur et au dessous du genou gauche. Arthralgie intense du genou droit ; absence de gonflement de l'articulation ; absence de fièvre. Plaques fauchées envahissant les deux tiers postérieurs de la langue. Hémi-cranie droite vive. Gastralgie. Dyplopie quand le regard se dirige à gauche. Apparition de taches blanchâtres apigmentaires, de la dimension d'une lentille, sur la nuque et le cou. L'ensemble

de l'éruption se détachant sur un fond brun donne l'aspect de la leucomélanodermie.

6 avril 1895. Gastralgie persistante ; contracture de la jambe gauche en extension avec flexion plantaire, la pointe du pied étant dirigée en dedans. Les mouvements de la jambe sont douloureux ; la pression y détermine également de la douleur, surtout sur le trajet du sciatique. La douleur à la pression a été marquée au niveau de l'échancrure sciatique.

La contracture a été causée probablement par la vue d'une malade qui présentait des accidents analogues.

12 avril. Persistance de quelques syphilides linguales et cutanées. La jambe va beaucoup mieux, la malade marche.

A aucun moment elle n'a présenté de troubles viscéraux, ni de variations de la température.

OBSERVATION 53, inédite (*recueillie par M. Gastou, chef de clinique dans le service de M. le professeur Fournier*).

Chancre anale. Syphilis secondaire. Accidents hystériques (pseudo-méningites, fièvre nerveuse pseudo-continue). Otorrhée.

La nommée S. A..., infirmière, âgée de 21 ans, est entrée les premiers jours de mars dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, n° 32.

Elle se plaint de souffrir de la tête depuis deux mois ; elle dit avoir une plaie à l'anus et de plaques blanchâtres dans la bouche. On constate, en effet, dans la bouche des plaques muqueuses, sur le tégument une éruption de syphilides secondaires, sur le cou de la syphilis pigmentaire, sur le cuir chevelu une alopecie en clairière des plus nettes.

Autour de l'anus existent de nombreuses syphilides et en déprimant les plis on aperçoit profondément située une ulcération en feuillet de livre, à fond rougeâtre, non suppurante. Déplissée, les bords en sont durs, non décollés, non saillants. Les caractères

de cette ulcération sont ceux d'un chancre de l'anus. du reste c'est le premier accident apparu : il y a de nombreux ganglions inguinaux et la malade avoue avoir eu un rapport anal.

Devant les apparences de cette syphilis qui semblait avoir un certain caractère de gravité : apparition précoce des accidents, polyadénites cervicales, alopecie intense, pigmentation cervicale, on prescrit à la malade 2 pilules de Dupuytren et 3 grammes d'iodure de potassium.

Le 20 mars, sans que rien jusqu'alors ait pu le faire prévoir la malade est prise brusquement d'accidents cérébraux. Elle délire ; répétant des mots sans suite dans un marmottement continu, semble par instants se plaindre de la tête et porte la main vers la région temporale droite.

Elle reste dans cet état jusqu'au soir, continuant à s'alimenter et absorbant le lait et les potages qu'on lui fait avaler. Elle n'a ni nausées, ni vomissements ; la température est à 36°6 le matin, 37° le soir.

Le 21 mars. L'état est le même ; il s'y ajoute une résolution complète : les membres soulevés retombent inertes. La malade gâte, les urines et les matières s'échappent sous elle. Les réflexes rotuliens sont diminués. La sensibilité est obtuse, existe à peine aux membres et au thorax ; au niveau de la ceinture et de l'abdomen on note par contre une hyperesthésie intense. Les pupilles sont dilatées, dirigées en haut et vers la gauche, les yeux sont fermés, les paupières opposent une résistance très forte au doigt qui les soulève.

Ce qu'il y a de particulier dans cet état de résolution voisin d'un état sub-comateux, c'est que la malade répond parfaitement aux questions qu'on lui pose. Si on lui demande où elle souffre ? Elle répond : ma tête, et porte la main vers l'oreille et la région frontale droite.

Il n'y a cependant aucune région douloureuse au toucher en

ces points ; l'oreille est saine et ne présente pas d'écoulement. Pas de vomissements. Le pouls varie entre 72 et 96 pulsations par minute ; la température est de 35° 8. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans l'urine. La langue est saburrale, le ventre non ballonné ; il n'y a pas de diarrhée, mais de la constipation.

L'examen des autres organes ne montre rien de saillant. Sous la clavicule gauche on note cependant du tympanisme, de la perte d'élasticité, une inspiration et une expiration rudes, mais sans que ces signes aient une netteté diagnostique évidente. Le cœur est normal, le foie non hypertrophié, la rate non perçue. Les fonctions génitales ont été régulières d'après les renseignements donnés dans le service.

L'histoire antérieure de la malade manque complètement, tant au point de vue héréditaire que personnel.

On fait un traitement intensif mercuriel et ioduré. Deux injections de cinq centigr. de calomel et six grammes d'iodure de potassium.

Le 22 mars. Même état, il s'y ajoute de la raideur des membres inférieurs, des oscillations de la tête de droite à gauche et de gauche à droite, des mouvements spasmodiques des paupières et des commissures buccales, qui sont tirées par des mouvements rythmiques sous formes de secousses, tantôt à droite, tantôt à gauche. L'incontinence des urines et des matières persiste. La température du 21 au soir était de 36° 6, celle du 22 au matin est de 36° 1. Le pouls est à 106. L'alimentation continuée.

Le 23 mars. La résolution et la contracture diminuent, les mouvements de la tête et de la face cessent. Le marmottement continue. Température : matin 36° 3, le soir 36° 6.

Le 24 mars. La malade va de mieux en mieux, se plaint encore de sa tête ; ne gâte plus, mais reste toujours immobile et les yeux fermés. Temp. : matin 36°, soir 36° 4.

Le 25. Amélioration persiste, même état. Constipation et céphalalgie. Température : matin 36°, soir 36°6.

Le 26. On est toujours surpris à la visite de voir la malade se promener dans la salle. Sa démarche est difficile et lente, mais le changement a été si brusque qu'on ne croirait pas avoir devant soi une malade, qui la veille encore, étoit immobile dans son lit et pouvait à peine mouvoir ses membres. Température matin 36°5, soir 36°8.

Le 27, et les jours suivants l'amélioration persiste, la malade mange, boit et se promène dans la salle. Elle se plaint encore par instants de la tête, mais la douleur est tolérable. Le point où a eu lieu l'injection devient douloureux, la température s'élève de quelques degrés.

Le 27 matin 36°6, soir 37°

Le 28 » 37°8, » 37°9

Le 29 » 38°5, » 38°6

Le 30 » 38°5, » 38°7

Le 31 mars : Défervescence brusque, la température retombe à 37°4 le matin et à 36,6 le soir.

Ces variations de température sont dues manifestement à un petit abcès fessier.

Du premier au trois avril, l'état se maintient très bon, il y a bien quelques oscillations de la température, mais sans raisons apparentes :

1^{er} avril températ. : matin 37°8, soir 36°8

2 avril températ. : matin 36°9, soir 37°

3 avril températ. : matin 36° soir 37°

Le 4 avril : la malade retombe dans le même état que le 20 mars ; le veille elle se plaignait de fourmillements dans le bras gauche et de mal de tête. La température est de 36°5, pas de vomissements.

On lui fait une injection de 0,05 centigrammes de calomel, elle est remise à 6 grammes d'iodure, tandis qu'elle n'en prenait que 4 grammes les jours précédents. Température : soir 36°7.

Le 5 et 6 avril : même état.

Le 7 avril : Brusquement tout cesse, retour à la santé.

Température le 5 avril : matin 36°5, soir 36°8

le 6 » » 36°7, » 37°3

le 7 » » 36°8, » 37°2

le 8 » » 36°1, » 37°2

le 9 » » 36°8, » 37°2

le 10 » » 36°6, » 37°8

le 11 » » 36°3, » 37°6

le 12 » » 38° , » 38°2

le 13 » » 39°4, » 38°

A partir du 13 avril, sans qu'il y ait modification de l'état général qui reste excellent, la température monte progressivement avec variations journalières d'un degré environ du matin au soir.

Température le 14 avril : matin 37°4, soir 38°1

le 15 » » 38°1, » 38°6

le 16 » » 38° , » 38°8

le 17 » » 38°2, » 38°8

le 18 » » 38°3, » 39°

le 19 » » 37°4, » 38°

Température le 20 avril : matin 38°5, soir 39°4

le 21 » » 38°8, » 39°2

le 22 » » 38°2, » 39°5

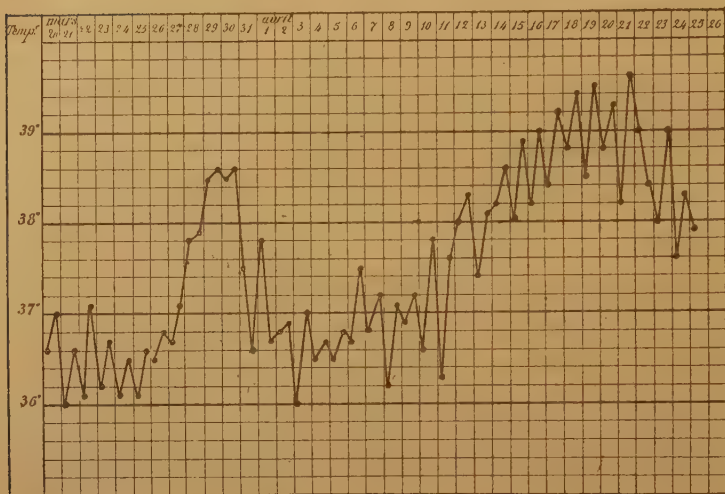
le 23 » » 39°, » 38°4

le 24 » » 38°, » 39°

le 25 » » 37°6, » 38°2

Pendant 12 jours la température simule une fièvre continue, dont voici la courbe :

Salle Henri IV n° 32.



Le 26 avril on note chez le malade un écoulement purulent de l'oreille droite. L'état est très bon, l'appétit revenu ; tous les accidents subissent une régression manifeste.

Les renseignements qui manquaient ont pu être obtenus ; il n'y a jamais eu d'hystérie, ni d'affections nerveuses dans la famille. La malade n'a jamais eu d'attaques ni de manifestations hystériques avant sa maladie actuelle.

Les conditions dans lesquelles elle avait attrapé son chancre ; la situation qui en était résultée pour elle ; sa mise à pied et les moqueries de ses camarades d'hôpital avaient fortement ébranlé son système nerveux.

Les deux attaques d'allure *méningitique* qu'elle a eues ont été précédées toutes deux de vives contrariétés et survenues l'une et l'autre identiquement dans les mêmes conditions, c'est-à-dire précédées d'une phase d'excitation mentale.

OBSERVATION 54, inédite.

Syphilis contractée il y a dix ans. Hystérie syphilitique tertiaire.

Ulcérations gommeuses scrofuloïdes de la région antéro-interne de la cuisse droite. Guérison.

La nommée Olympe M..., ouvrière, âgée de 39 ans, est entrée à l'hôpital St-Louis dans le service de M. Fournier, le 28 janvier 1880.

Pas d'antécédents strummeux ; pas de maladies de peau ni chez ses parents ni chez ses collatéraux. Mère paralysée depuis 8 ans.

Réglée à 12 ans ; mariée à 16. Jamais de grossesse ni de fausse-couche, ni de retard menstruel suivi de perte. Douleurs rhumatismales généralisées, accompagnées de fièvre et de sueurs, il y a deux ans. Depuis ce temps, palpitations fréquentes et quelquefois accès de dyspnée, facilité à s'enrhumer.

En janvier 1879 elle avait été, sans raison, prise de métrorrhagies abondantes (pendant trois mois) ; elles duraient 15 jours à 3 semaines, mais suivaient toujours les règles. Depuis ce temps menstruation régulière, très peu abondante, mais précédée de douleurs vives. Pas de leucorrhée. Pas de phénomènes nerveux dans sa jeunesse.

En juin dernier, apparition pour la première fois d'une enflure insensiblement développée des deux jambes surtout de la gauche ; pas d'œdème ailleurs.

Vers le mois de juillet elle fut prise de vertiges, d'étourdissements sans grande céphalalgie. Bientôt, cet état cérébral s'accrut ; il y eut des chutes, assez fréquentes, jusqu'à 15 dans un mois, durant un quart ou une demi heure, sans perte absolue de connaissance, puisqu'elle entendait parler et comprenait tout ce qui

se disait autour d'elle. Il y avait des mictions involontaires, mais sans morsure de la langue, sans écume à la bouche, sans cri initial, sans convulsions, mais avec tremblement généralisé et claquement de dents. La malade pouvait ensuite regagner à pieds son domicile avec l'aide d'une personne. Au bout d'une vingtaine d'accès analogues une hémiplegie gauche survient avec rétention d'urine.

Le mouvement mit deux mois à revenir insensiblement ; le cathétérisme fut nécessaire pendant deux mois également. Il ne semble pas y avoir eu de paralysie faciale.

La malade raconte qu'elle a été séparée de son mari à Charleville en 1872 pour cause d'hystérie confirmée, survenue (sans antécédents dans sa jeunesse) à la suite de chagrins et malheurs conjugaux. Ce serait seulement vers 1870 qu'auraient éclaté les premiers accidents qui ont abouti en 1879 à la paralysie signalée plus haut. L'hystérie avait chez la malade une forme erratique assez accentuée. Pendant sa paralysie, elle avait des hallucinations de l'oreille (soignée à la Charité par M. Desnos), elle entendait des chants mélodieux, des conversations amoureuses, elle avait continuellement du délire intermittent, très rarement de persécution. Le délire de persécution n'arrivait que lorsqu'elle jurait à son mari ; elle refusa, par ce fait, dans la crainte d'être empoisonnée, de manger pendant trois semaines ; et alors M. Desnos a dû l'alimenter par la sonde.

Elle sortit à la fin d'août parfaitement guérie et resta assez bien portante jusqu'au mois de janvier où les accidents hystériques la reprirent : boule hystérique précordiale, étouffements, insomnie, appétit capricieux, rêves, pleurs faciles, exaltations d'idées etc.

La malade aurait contracté la syphilis en 1870 ou 1871 ; elle l'aurait prise de son mari ; et ce sont ses infortunes conjugales d'une part et la syphilis de l'autre qui ont fait éclaté l'hystérie.

En 1870 elle eut des taches sur le corps, perdit ses cheveux

et eut des glandes au cou, des maux de gorge, des boutons aux parties etc.

Les taches revenaient sur le corps, tous les ans, surtout au printemps, accompagnées ou non de douleurs musculaires et osseuses ; des croûtes se montrèrent ensuite sur les jambes et sur le dos, il y a deux ans environ. Quelques-unes même sont revenues l'été dernier. La malade n'a, en effet, jamais subi de traitement spécifique.

L'hiver a été très dur pour elle ; elle souffrit du froid et même de la faim et c'est à la suite de ces souffrances qu'elle vit apparaître sur la joue droite un petit clou, qui grossit peu à peu. s'ouvrit, il y a trois semaines environ. Il y a 15 jours, un autre se montra à la cuisse droite.

Au niveau de l'angle de la mâchoire se trouve, en effet, deux plaies à bords tuméfiés, rouges-bruns ; à centre creux, suppurant, couvertes de croûtes jaunâtres ; la base de la plaie est dure arrondie, sans adhérence avec les parties profondes.

Sur la cuisse droite on constate une plaie d'aspect ecthymateuse, profonde, ayant une largeur d'une pièce de cinq centimes. Pas de glandes dans les aines ; pas de périostoses, taches brunâtres et crouteuses anciennes sur les régions lombaires et fessières.

Le siège et l'aspect des lésions de la fesser appellent tout à fait les *écrouelles* scrofuleuses ; mais la lésion de la cuisse est tellement significative que le diagnostic est immédiatement redressé : il s'agit évidemment des lésions gommeuses, revêtant l'aspect scrofuleux.

On donne 2 grammes d'iode de potassium ; vin de quina.

Le 4 février. — Amélioration très notable.

Le 8. Les bords sont moins décollés ; la plaie marque une

certaine tendance à la cicatrisation. La gomme est en nappe et n'occupe que l'épaisseur de la peau ; pas de ganglions engorgés.

De même l'ulcération de la cuisse devient une plaie plate, rouge et bourgeonnante. La malade trouve elle-même de l'amélioration et une diminution marquée de la douleur.

Traitement : iodure de potassium, 3 grammes ; empl. de Vigo.

La malade est à peu près guérie de ses syphilides, mais l'état mental reste le même. Elle quitte le service le 24 février.

OBSERVATION 55, (inédite).

Syphilis intense précoce ; facteur de gravité probable. Impaludisme. Hystérie tertiaire. Sciatique spécifique.

Le nommé Désiré B..., âgé de 35 ans, boulanger, entre le 16 octobre 1886 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, pour une sciatique, datant d'environ six mois, intolérable depuis un mois, (fulgurations dans la partie fémorale du membre, sensibilité à la pression dans l'étendue correspondante au tronc nerveux).

Antécédents personnels. — Variole pendant la campagne de 1870. Depuis il est allé et resté 15 ans, dans diverses colonies : Algérie, Sénégal, Antilles, Océanie, Java, (3 ans). En 1880-82 prit à Java, la fièvre paludéenne, forme commune de l'accès : accès de 24 heures de durée, revenant, dit-il, tous les 15 jours. Il a été traité par le sulfate de quinine, les bains glacés, révulsifs sur la région splénique.

Depuis ces accès il raconte avoir eu des accès apoplectiformes, coma de une heure de durée.

Mais interrogé de nouveau, cette année, sur ces accès apoplectiformes, il nous raconte qu'on lui aurait dit que ces accès étaient dûs à des insolutions ?...

Jamais de maladie du foie ni d'autres affections coloniales.

Il constate lui-même que depuis ses accès palustres, en même

temps qu'il brunissait, il avait beaucoup maigri et était resté moins solide, moins robuste qu'avant.

En 1882 soigné à Batavia pour un chancre avec bubon qui fut ouvert ; traitement à l'iodoforme ; guérison en 28 jours.

A la même époque sciatique gauche pendant huit mois ; guérison, mais la jambe est restée plus faible.

En 1883, à bord, il eut à la lèvre inférieure un large bouton qui resta dur trois semaines, et auquel le médecin appliqua, dit-il, la qualification « d'induré ». En même temps naissait une grosse adénopathie sous-maxillaire gauche qui dura six semaines.

A quelque temps de là se produisait une éruption de taches rouges, larges quelques-unes, comme des pièces de 40 sous, dit-il, ne pelant pas. Il entra alors à l'hôpital de Padang (Sumatra).

Traitement : pilules de Blancart, 15 par jour ; gargarisme au chlorate de potasse ; sirop de fer.

Il suivit ce traitement pendant un mois, après quoi il reprit son service de boulanger à bord.

A cette époque il n'avait plus d'accès palustres, cependant il remarqua qu'il dépérissait beaucoup, séchant littéralement, dit-il. La syphilis était du reste intense d'emblée, car en même temps que ses larges taches vraisemblablement papuleuses généralisées, il présentait un état général grave : débilitation, douleurs osseuses et articulaires, névralgies multiples. Apparition à la jambe droite de deux groupes de syphilides, offrant déjà la modalité tuberculo-ulcéreuse, dont l'un surtout, vers le milieu du tibia, se présente avec sa cicatrice gaufrée blanchâtre à aréole polycyclique pigmentée.

En avril 1886, apparition à la racine du nez de syphilides tuberculeuses (pour lesquelles il entra 15 jours en juillet chez M. Besnier : traitement au sirop de Gibert) et qui n'ont guéri qu'à son entrée ici.

Au même mois d'avril, abcès de la marge de l'anus qui laissa une fistule.

Il est entré dans le service le 16 octobre pour sa sciatique, qui lui était revenue depuis un mois ; il ne pouvait pas marcher, on devait le porter. Douleurs continues avec exacerbation par accès.

En examinant la jambe atteinte de sciatique, on constate une notable atrophie des fessiers, des muscles de la cuisse et du mollet. Craquements dans la hanche gauche. La jambe gauche sue plus que la droite, elle est, dit-il, plus froide que l'autre.

Mais en même temps, en observant le visage du malade on aperçoit une paralysie faciale gauche incomplète, qui s'accroît sous nos yeux les jours suivants. On explore alors le système nerveux tout entier et voici ce que l'on constate :

Parésie motrice du bras gauche paraissant avoir débuté il y a six mois, d'après ce que raconte le malade. Notons que la jambe gauche est aussi parésisée, mais il y a aussi l'amyotrophie tenant à la sciatique.

De plus il y a anesthésie de tout le côté gauche, absolue sur le corps, incomplète à la face.

La langue est sensible des deux côtés.

Vision égale des deux côtés.

Sens de l'ouïe plus faible du côté gauche.

Le malade n'est pas nerveux, ni de souche nerveuse. (Toutefois pendant son dernier séjour à l'hôpital, juillet 1890, il nous dit qu'il a une sœur hystérique.) Il n'a jamais eu d'attaque de nerfs. Pas d'orchialgie gauche ni droite.

Notons cependant, depuis 3 ou 4 mois, priapisme et une exagération des désirs sexuels.

Les réflexes paraissent normaux.

(L'observation ne porte pas la date de sortie du malade, mais ce dernier nous dit qu'à sa sortie, il était très bien portant).

Le malade entre de nouveau dans le service le 21 mai 1887 pour des douleurs de tête qui sont devenues très fortes, continues et dont le siège semble localisé à la région occipito-temporale du côté gauche. Il désigne même, près de la base temporale, une petite surface grande comme une pièce de deux francs qui serait surtout le siège de la douleur. Cette douleur a le caractère d'élançements violents qui reviennent sans cesse au point, dit le malade, qu'il en « perd parfois la raison ». Elle présente des paroxysmes pendant lesquels le malade éprouve des bourdonnements d'oreilles ; — cependant il entend aussi bien que du côté opposé.

L'odorat et la vue sont intacts.

Le goût semble aboli entièrement sur toute la surface de la langue.

Les douleurs dans les jambes qui l'avaient amené une première fois à l'hôpital semblent plutôt diminuées ; — elles existent cependant avec leur caractère d'élançements.

Depuis deux mois le malade éprouve des douleurs en ceinture qui se seraient bien calmées quand il a pris pendant quelques jours de l'iodure de potassium.

Même anesthésie complète du côté gauche ; même perte de forces, la faiblesse n'a pas augmenté. Réflexes conservés.

La marche est possible sans canne, mais le malade éprouve une certaine difficulté à lever son pied gauche. En marchant il sent le parquet ou du moins il éprouve une sensation de froid ; — si on lui place un objet froid au contact de la plante du pied il a conscience d'un changement de température.

Au point de vue général : — le malade, depuis deux mois surtout, n'éprouve plus de désirs sexuels. — Pas d'érections, pas de pollutions : — contrairement à ce qui avait été observé précédemment.

Traitement : Iodure de potassium, 6 grammes ; bains sulfureux.

Céphalalgie améliorée rapidement.

Après ce second séjour de six semaines, au mois de mai-juin 1897, le malade quitte le service complètement guéri; les maux de tête avaient complètement disparu et l'état général du malade était si satisfaisant que deux jours après sa sortie de l'hôpital, il reprenait ses occupations. Toutefois, le métier de boulanger paraissait au-dessus de ses forces, il prend un emploi moins pénible comme employé aux Arts-et-Métiers.

Pendant les années 1888 et 1889 santé parfaite; pas la moindre indisposition.

Le jeudi 12 juin 1890, le malade se couche comme d'ordinaire; sa santé dans la journée avait été aussi satisfaisante que les jours précédents, il s'endort facilement, mais ne se réveille que le dimanche 15 juin, ou plutôt est réveillé par des amis qui, inquiets de ne pas l'avoir vu pendant ce laps de temps, pénètrent dans sa chambre et le trouvent endormi.

Application de sinapismes, bains de moutarde, etc.⁷

A son réveil, le malade éprouve des maux de tête très violents et de la pituite (il affirme ne boire qu'un litre de vin par jour, jamais ni alcool, ni absinthe). En voulant soulever son bras droit il le trouve lourd, il ne peut lui faire faire aucun mouvement, est obligé de le porter. Toutefois, pensant que ces maux de tête et cette paralysie n'étaient que passagers, le malade reprend son travail, mais il marche de travers comme un homme ivre et manque de tomber à chaque pas. Il a perdu la mémoire (cherche des objets qu'il a entre les mains; ne se souvient plus de ce qu'il a fait la veille, etc...).

Depuis quelques jours il a, à chaque instant des vertiges, il tombe dans la rue (le sifflement d'un bateau à vapeur, le bruit d'une voiture sont autant de causes de vertiges). Ces vertiges sont précédés de bourdonnements d'oreilles intenses, puis le malade s'affaisse; il reste dans cet état pendant une dizaine de minutes

environ, puis se relève couvert de sueur froide. On lui a dit que pendant ses crises il ne se débattait pas mais avait la langue pendante à gauche et toute la figure déviée de ce même côté.

Le malade prenait depuis quelques jours 4 grammes d'iodure de potassium, mais voyant que les maux de tête persévéraient et que sa faiblesse augmentait il se décide à entrer à l'hôpital.

Actuellement le malade se plaint surtout des maux de tête violents ; il en indique le même siège qu'il y a deux ans, c'est-à-dire la région occipito-temporale gauche, siège douloureux, très net et tout au plus grand comme une pièce de deux francs.

Paralyse du bras droit.

Réflexe pharyngien aboli.

Sens de l'odorat aboli.

Sens du goût aboli ; le malade ne sent ni quinine, ni sel, ni sucre.

Hyperesthésie testiculaire.

Sensibilité tactile conservée ; sensibilité au chaud et au froid conservée.

Spasme glosso-labio-hémi-latéral gauche.

Le malade ne distingue pas les couleurs ; prend du bleu pour du rouge. Diminution notable du champ visuel à gauche.

Sens de l'ouïe intact à droite, légèrement diminué à gauche.

Points hystérogènes inégalement disséminés sur tout le tronc.

Réflexes rotuliens légèrement diminués ; le malade marche avec une certaine difficulté, il craint de tomber.

Pas de désirs sexuels ; érections rares.

Au dynamomètre : 90 à gauche, 20 seulement à droite.

Traitement : 6 grammes d'iodure de potassium ; frictions mercurielles ; douches froides.

Le 26 juillet le malade se trouve mieux ; maux de tête moins violents ; — remue plus facilement les doigts ; — comprend son journal,

Le 31 ; les maux de tête ont complètement disparu ; — l'appétit revient ; — la paralysie du bras droit a presque disparu.

Le 2 août le malade trouvant son état bien amélioré demande à sortir ; — il n'éprouve plus qu'une gêne très légère dans le bras droit, il remue facilement les doigts ; la marche est plus sûre.

Disparition des points hystérogènes.

Réflexes pharygien toujours aboli.

Sens du goût revenu : sens de l'odorat revenu.

OBSERVATION 56. inédite.

Syphilis d'un an (trois chancres à la verge). — Hystérie secondaire.
Paludisme ; fièvre jaune.

Le nommé Eugène V..., âgé de 32 ans, boucher, est entré le 4 Décembre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Professeur Fournier.

Antécédents héréditaires : Père mort à 86 ans ; mère morte à 55 ans. Six frères et sœurs : un frère du malade, âgé de 30 ans serait depuis l'âge de 20 à 22 ans, à la suite d'une peur, atteint d'attaques avec perte de connaissance, sans paralysie consécutive.

Antécédents personnels : Bonne santé absolue jusqu'en 1887, date du départ aux colonies (Sénégal pendant un an ; 3 ans à la Guyane). Au Sénégal, le malade contracte des fièvres intermittentes, dont il a encore ici des accès répétés. A la Guyane, il contracte la fièvre jaune en 1888, et la dysenterie en 1889, deux chaudes-pisses encore en 1889.

En janvier 1891, il contracte la syphilis (trois chancres indurés de la verge) ; il a eu depuis à plusieurs reprises des éruptions sur le corps, dont il reste des vestiges sur les jambes.

Les accidents actuels ont débuté vers le mois de juillet ; le malade avait quitté les colonies depuis le mois de mars, il se trouvait en ce moment dans ses foyers en congé de convalescence. Ces accidents se sont caractérisés dès le début : 1° Par des attaques

convulsives, avec perte de connaissance, épileptiformes, dans lesquelles le malade se serait plusieurs fois mordu la langue. Ces attaques ne se produisaient que dans le jour. Le malade n'a jamais uriné dans son lit ; il n'a jamais remarqué de sang sur son oreiller le matin. *Jamais il n'avait eu d'attaque semblable.* 2^o par un affaiblissement très marqué dans le côté gauche, puis le côté droit du corps, sans qu'il y ait eu à aucun moment de paralysie complète. L'affaiblissement musculaire était surtout marqué les jours qui suivaient les attaques convulsives.

Le malade resta jusqu'au mois de septembre dans ses foyers. A ce moment il revient à Paris, et travaille quelque temps comme boucher, mais cesse bientôt tout travail. Notons que vers la fin de juillet, il avait fait un séjour de 3 semaines au Val de Grâce pour se faire réformer.

En somme, depuis le mois de juillet, date de début des accidents l'état général du malade est resté stationnaire. L'impossibilité de travailler le décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel le 6 décembre : le malade se présente à nous dans l'état suivant : attitude affaissée, la tête inclinée sur l'épaule droite. Facies un peu hébété ; cependant l'intelligence est assez bien conservée, et le malade répond bien aux questions ; la mémoire est également bien conservée. Peu de douleurs ; un peu de céphalée seulement, sans localisation sous forme de clou ; pas de boule. Les troubles consistent surtout en affaiblissement de la motilité et en troubles de la sensibilité.

Motilité. — Affaiblissement très marqué du côté gauche, un peu moins du côté droit, aussi bien au membre supérieur qu'au membre inférieur.

La face est déviée ; le côté droit est affaissé, sans sillons ; la commissure droite tirée à gauche. Il semble, à première vue, que l'on ait à faire à une paralysie faciale à droite ; mais en y regardant de plus près, on voit que le côté gauche de la face est

tendu, contracturé, avec creusement anormal du sillon nasogénien ; de plus, on voit par instant, sous la peau, des contractions spasmodiques dans les muscles de la joue et de la moitié gauche des lèvres. Si l'on fait en même temps tirer la langue au malade, on voit qu'il peut la mouvoir en tous sens, mais par moments, elle est, malgré lui, portée à gauche, par un mouvement spasmodique et saccadé.

M. Gilles de la Tourette a constaté, en même temps que ces mouvements spasmodiques de la joue et de la langue, des contractions spasmodiques simultanées du peaucier du cou du côté gauche.

Neus sommes donc en présence d'un cas d'hémi-spasme glosso-labé ; toutefois, ce n'est pas un spasme permanent, au moins pour la langue, et on ne l'observe nettement que par accès.

Sensibilité ; anesthésie cutanée généralisée, sous ses divers modes : piqure superficielle ou profonde ; tact aboli également ; perte de la sensibilité à la température.

Anesthésie des muqueuses, notamment de la langue ; anesthésie profonde et *pertes du sens musculaire* dans les muscles des membres : de là, un certain degré d'ataxie dans les mouvements volontaires, et une démarche un peu hésitante du malade. Lorsque, le malade ayant les yeux fermés, on lui dit de prendre sa main gauche avec la droite, il n'y arrive qu'avec une certaine hésitation ; il cherche d'abord le bras, puis arrive, en parcourant l'avant-bras, jusqu'à la main. Pas de troubles des sphincters.

Réflexes rotuliens normaux.

Du côté des organes des sens :

Œil. — Rétrécissement du champ visuel des deux côtés très marqué. Pas d'inégalité pupillaire. Pas de ptosis, ni de paralysie oculaire.

Oreille. — Diminution de l'acuité auditive des deux côtés.

Goût. — Anesthésie totale (sulfate de quinine) sur toute l'étendue de la langue, à droite comme à gauche.

Etat cérébral. — Le malade a, comme nous l'avons dit, l'air hébété, quoiqu'il réponde assez nettement aux questions posées, il est assez difficile de tirer de lui des renseignements précis sur la série d'accidents qu'il a pu présenter.

Traitement : une injection de peptonate de mercure ; 4 gr. d'iodure de potassium.

8 décembre. — Le malade n'a eu depuis quatre jours aucune attaque convulsive. Il reste la plus grande partie de la journée couché, sans parler à personne. Le sommeil est bon. Le malade accuse parfois des frissons dans la journée. Pas d'élévation de température au thermomètre.

14 décembre. — Le malade se trouve mieux. D'ailleurs la sensibilité est un peu moins obtuse à gauche ; la force musculaire semble également revenir à gauche. Le spasme de la moitié gauche de la face est beaucoup moins net ; légère diminution de spasme lingual.

18 décembre. — Le malade sort sur sa demande.

Il n'a présenté, durant tout son séjour, aucune attaque convulsive.

OBSERVATION 57, inédite.

Syphilis secondaire, datant de 5 ans, hystérie

Le nommé Eugène B..., âgé de 60 ans, brossier, est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, le 13 mai 1893.

Antécédents héréditaires. — Père nerveux hystérique, mort à 80 ans dans une attaque. Mère alcoolique, morte paralytique et aphasique à 80 ans. Deux sœurs : une morte à 10 ans avec éruption, céphalée ?... ; l'autre morte à 40 ans avec une éruption considérée comme dartreuse.

Eut trois femmes : la 1^{re} morte de couches, la seconde de

péritonite, la troisième poitrinaire. Enfant mort d'une épidémie de rougeole.

Antécédents personnels. — Toujours très nerveux, avait des attaques d'hystérie dès l'âge de 9 ans ; attaques épileptiformes, se répétant toutes les trois semaines.

Syphilis en 1888. Chancre au pli inguinal gauche ?? On note là, en effet, une cicatrice large comme une pièce de 5 francs. Eut seulement quelques syphilides buccales. Pas de grandes céphalées.

Depuis le début de la période secondaire de sa syphilis les attaques hystériques redoublent de fréquence ; elles reviennent tous les jours, puis, enfin, plusieurs par jour.

Depuis deux ans vomissements alimentaires, se répétant tous les trois ou quatre jours ; puis sont survenues des hémathémèses.

Etat actuel. — Syphilides papulo-érosives de la marge de l'anus, datant de 6 semaines. Anémie assez marquée.

Diminution de la sensibilité ; il y a analgésie sans anesthésie.

Crampes dans les jambes. Réflexes rotuliens abolis.

Quelques zones hystérogènes, une notamment au creux épigastrique et à l'hypochondre droit ; en pressant à cet endroit le malade se sent « partir », telle est son expression.

On note un état hystérique sans crise manifeste ; légère contracture, regard vague, mouvements cloniques légers.

Depuis son séjour à l'hôpital, le malade reste constamment au lit et n'a point eu d'attaques, ni d'hématémèse.

Les hémathémèses antérieures à l'entrée du malade dans le service, il les décrit comme étant formées des caillots de coloration marc de café. Il dit aussi avoir perdu du sang par l'anus et il attribue cela à des hémorrhoides qui n'existent pas au fait. Doit-on considérer ces pertes de sang comme du mœléna ??

L'examen de l'estomac par la palpation est chez lui très difficile, car les muscles de la paroi abdominale se contractent.

Le malade accuse aussi de la douleur de la région épigastrique

vers l'appendice xyphoïde et en arrière vers la colonne vertébrale ; douleurs analogues à ce qu'il semble à celles de l'ulcère simple de Cruveillier.

Lorsqu'on veut imprimer des mouvements aux membres, on note de la raideur et de la contraction musculaire.

Pas de cachexie cancéreuse ; pas d'adénopathies symptomatiques. Pas d'amaigrissement notable, bien que le malade affirme qu'il a de l'inappétence et de la perte des forces.

Le champ visuel n'est pas rétréci. Il a un léger affaiblissement de la vue qui d'ailleurs est en rapport avec l'âge du malade.

Acuité auditive diminuée depuis près de deux ans.

Odorat un peu affaibli ; goût affaibli aussi.

Pas d'anesthésie gauche, ni de placards d'anesthésie.

Un peu de gêne et de tremblement de la parole.

Légère exophtalmie. Regard vague un peu ahuri.

Pudeur excessive ; le malade ne veut pas se lever parce qu'il n'est pas habillé ; il se cache les parties dès qu'on l'a découvert. A la monomanie des « fleurs blanches » qui d'après lui ont influencé son cerveau et l'on rendu malade.

Pas de tremblement des mains. Alcoolisme.

Le malade sort guéri de ses syphilides anales, mais aucune amélioration de son état hystérique.

OBSERVATION 58, (*Fournier. Société de Dermat. et de Syphiligraphie*, 13 janvier 1898).

Deux frères affectés de syphilis héréditaire tardive. Sur l'ainé, hystérie hérédo-syphilitique, et surabondance de stigmates d'hérédo-syphilis. Sur le cadet, lésions cutanées et osseuses, avec absence presque absolue de stigmates héréditaires.

Les deux frères P... qui entrent le même jour dans le service de la Clinique de l'hôpital Saint-Louis, en janvier 1898 sont bien manifestement, et au-dessus de toute contradiction possible, des sujets hérédo-syphilitiques. Bien que nous n'ayons

pu avoir de renseignements sur leurs ascendants qui sont morts (père mort à 41 ans, d'une « tumeur abdominale », et mère morte à 53 ans d'une paralysie »), l'hérédité syphilitique ressort sur eux de toute une série de considérations des plus significatives, comme on va le voir.

D'abord, ils sont les *deux seuls survivants* d'une famille composée de *quatorze* frères et sœurs. Tous les autres enfants sont morts, et morts *en bas âge*, et la plupart morts de « ménin-gite » ou à la suite de convulsions.

D'autre part, ces deux malades présentent toute une série de symptômes qui, de par leur nature comme de par leur échéance chronologique, ne peuvent être imputés qu'à une syphilis héréditaire, comme le démontrent les deux observations suivantes :

Obs. I. — P. T..., âgé de 23 ans. — Le malade tient de ses parents ce renseignement très digne d'intérêt, qu'il n'a *commencé à parler et à marcher que vers l'âge de cinq ans*. Vers la même époque, il a présenté divers accidents à savoir : éruption croûteuse sur le visage ; écoulement par le nez ; écoulement par les oreilles ; maux d'yeux. Un an plus tard, il a été pris de *crises convulsives*, au cours desquelles il perdait connaissance et urinait sous lui, mais sans jamais se mordre la langue. A sept ans, *pneumonie*, puis *pleurésie gauche* avec *péricardite*.

Peu après, *ulcérations et exostoses* sur les deux tibias. Puis nouvel écoulement par le nez et « *Kératite interstitielle* ». A onze ans, nouveaux écoulements par le nez et les oreilles ; maux d'yeux ; engorgements ganglionnaires considérables ; exostoses avec violentes douleurs dans les jambes et les coudes ; lésion osseuse suppurative au pouce droit. A ce moment, les crises convulsives, qui s'étaient apaisées ont repris avec violence, pour se continuer jusqu'à l'âge de quinze ans. — A quatorze ans, consécutivement à l'une de ces crises, *hémiplegie droite* légère, qui dure une quinzaine. — A quinze ans, *lésions osseuses* des jambes,

pour lesquelles il est successivement traité par M. le professeur Verneuil et par moi. Guérison par iodure de potassium. Puis nouvelle ophtalmie, dont le guérit M. le professeur Panas. — Puis, crises de polyurie, traitées par M. le professeur Germain Sée. Puis, apparition de très volumineuses *adénopathies* périmaxillaires et cervicales, qui cèdent à un nouveau traitement par l'iodure.

Quelque temps après, il est interné à Sainte-Anne pour une affection mentale qui, affirme-t-il, a été diagnostiquée « *manie de persécution avec hallucinations* ». Il fait quinze mois dans cet établissement, puis en sort guéri. — Un an plus tard, nouvel internat à Saint-Anne pour « *détire mystique* ».

Quelques mois plus tard, il est repris d'hémiplégie et reçoit les soins de M. le Dr Gilles de la Tourette (douches froides et électricité). L'hémiplégie s'améliore après une durée de sept mois.

Enfin, il y a trois semaines, à la suite d'une très vive contrariété, il se trouve affecté la nuit d'une très violente douleur dans le flanc droit, et se réveille le lendemain matin avec une nouvelle hémiplégie, qui va s'atténuant peu à peu, mais pour laquelle il se décide à rentrer à notre hôpital.

Etat actuel. — Légère *parésie hémiplégique* siégeant à droite. La main droite serre moins énergiquement que la gauche ; la jambe droite est un peu traînante dans la marche. Face respectée.

On observe en outre (tous symptômes que n'accuse pas le malade) : 1° Une *hémianesthésie sensitive et sensorielle* du côté droit avec réflexes exagérés ; 2° Un *rétrécissement* du champ visuel très accentué des deux côtés ; 3° Une *hyperesthésie* très notable au niveau des fosses iliaques. Le malade raconte que jadis une pression même légère exercée en ces points suffisait à déterminer une violente crise convulsive. En outre, sensation de boule

œsophagienne, très bien décrite par le malade. De ces divers symptômes ressort en pleine évidence le diagnostic *d'hystérie*.

Examinant ensuite le malade au point de vue des stigmates d'hérédo-syphilis, nous constatons ce qui suit :

Taille moyenne, plutôt élevée. Développement normal, régulier. *Teint grisâtre*, pâle. Peu d'embonpoint, masses musculaires moyennes.

Asymétrie faciale, donnant à la physionomie une expression singulière dont la raison échappe à première vue.

L'œil droit semble plus petit en raison d'une ouverture palpébrale moindre. De plus, il est surélevé par rapport à l'œil gauche. Sur une photographie, faite en vue de se rendre un compte exact de cette particularité, on constate que le bord de la paupière inférieure gauche n'est pas sur un plan horizontal par rapport à celui de la paupière droite ; il est plus élevé d'environ 4 millimètres.

D'autre part, cette asymétrie se retrouve dans le système dentaire, comme nous le verrons dans un instant.

Malformations crâniennes. — Le crâne semble comme tordu sur son axe et refoulé à droite. Bosse frontale droite saillante. Bosse pariétale droite plus saillante encore.

Système dentaire. — Dents mal rangées en général et vicieusement conformées pour un certain nombre. Incisives médianes supérieures élargies horizontalement au niveau de leur diamètre moyen. Plusieurs dents de la mâchoire supérieure offrent des dépressions en cupule. Incisives inférieures à sillons en gradins.

De plus, les dents supérieures sont *refoulées à gauche* par rapport aux inférieures, si bien que les deux incisives médianes supérieures répondent à l'incisive inférieure médiane du côté droit et aux deux autres du côté gauche, comme le montre très bien un moulage du Dr Chompret.

Système osseux. — Tibias volumineux, irréguliers de surface, et douloureux à la pression sur quelques points. Les deux humérus, malformés, sont déviés en dehors à leur extrémité inférieure, dans l'extension de l'avant-bras sur les bras, les deux segments du membre forment un angle obtus à sommet dirigé en dehors.

Examen des yeux. fait par le Dr Sauvineau. — « Vestiges d'*iritis* et de *kératite interstitielle* dans les deux yeux. Un glaucome droit, survenu en 1890, paraît avoir succédé à un excès d'atropine. Iridectomie pratiquée de ce côté par le Dr Panas. *Myopie.* A l'examen ophtalmoscopique, signes non douteux de *rétinite pigmentaire* double, sous forme d'amas de pigments arrondis, soit confluent, soit isolés. Cette disposition est surtout marquée dans la moitié inférieure de l'œil droit. Pas de taches atrophiques. Papilles optiques blanchâtres et à bords irréguliers (vestiges probables de *névrite*). »

Examen des oreilles, fait par le Dr Hermet. — *Surdité* droite absolue. Traces non douteuses d'écoulements multiples. A gauche, otite moyenne purulente, d'origine ancienne, mais persistant encore aujourd'hui.

Obs. 2. — Son frère, P..., A..., âgé de 20 ans. Sujet bien portant, bien musclé. Comme antécédents, il raconte qu'il a eu une enfance troubl e par divers incidents : maux de tête fréquents ; faiblesse générale ; asthénie musculaire ; difficulté pour marcher ; essoufflement au moindre exercice ; battements du cœur ; bl ph rites fréquentes, etc.

On ne trouve sur lui, réserve faite pour le système dentaire, aucun stigmate d'hérédo-syphilis, notamment sur les yeux, les oreilles, le crâne, le squelette des membres, les testicules, les téguments cutanés ou muqueux. La taille est moyenne, le corps et les membres bien conformés. Intelligence normale. Pas d'accidents nerveux (le malade toutefois se plaint d'être parfois « en-

nuyé par des idées excentriques »). Jamais d'attaques analogues à celles de son frère.

En revanche, plusieurs particularités à relever du côté du système dentaire, à savoir :

1° Maxillaires supérieurs étroits, et voûte palatine ogivale :

2° Implantation vicieuse, mais méthodiquement et, si je puis ainsi parler, régulièrement irrégulière des incisives latérales, supérieures et inférieures, qui sont situées *en arrière* et un peu en dehors des incisives médianes. De sorte que toutes les incisives se trouvent rangées sur deux plans différents et en forme d'hémicycle concentrique. A gauche, la canine est exactement contiguë à la grande incisive. Elle est bien constituée, tandis que sa congénère droite est notablement plus petite. Pas de sillons sur ces dents, non plus d'ailleurs que sur aucune autre.

3° Persistance d'une dent de lait (incisive supérieure latérale) et de quelques racines de dents de lait (seconde prémolaire droite et première prémolaire gauche).

D'autre part, le malade (qui n'a jamais eu d'affection vénérienne, notamment le moindre accident imputable à une syphilis acquise) présente deux lésions de nature incontestablement syphilitique, lesquelles, en conséquence ne peuvent être imputées qu'à une affection héréditaire, à savoir :

1° Une lésion osseuse, intéressant le tibia droit. Cette lésion, dont le début remonte à plusieurs années et dont les incidents ne nous sont connus que par le récit du malade, aurait consisté originairement en une tuméfaction très douloureuse du tiers supérieur de la jambe ; puis lentement la tumeur se serait ramollie, ouverte et transformée en une grande ulcération. Il en est sorti plusieurs fragments d'os. Aujourd'hui on ne constate plus qu'une excavation creusée dans l'os, excavation longue d'environ 5 à 6 centimètres et ne mesurant pas moins de 3 à 4 centimètres en profondeur. Cette véritable caverne, creusée en plein tibia, n'offre rien

de spécial comme physionomie, elle est simplement tapissée par des bourgeons charnus d'un beau rouge. A son pourtour, tibia hyperostosé, mais indolent. Somme toute, ce que l'on constate actuellement n'est en toute évidence que la dernière étape d'une lésion accomplie, laquelle semble bien avoir été constituée par un *ostéome tertiaire de forme gommeuse*.

Dans l'aîne du côté correspondant, volumineux ganglion. Cette adénopathie, de date ancienne, est vraisemblablement symptomatique des accidents osseux et cutanés qui se sont produits à la jambe.

2° Sur la face postéro-externe de l'avant-bras gauche, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers du membre, groupe de lésions cutanées croûteuses ou ulcératives, occupant une étendue comparable à la paume de la main. Ces lésions, de par l'aspect de leurs croûtes épaisses, stratifiées et brunâtres, de par leurs bords entaillés à pic et adhérents, de par le caractère bourbillonneux de leur fond, de par leur configuration orbiculaire et, enfin, leur groupement en bouquet, s'imposent manifestement pour des *syphilides tertiaires, tuberculo-ulcéreuses*.

A relever, encore, deux cicatrices circulaires et pigmentées, siégeant au niveau de la jambe gauche, vestiges peu contestables de lésions ulcéreuses spécifiques qui se sont produites là, il y a quelques années; et une certaine intumescence douloureuse du tibia gauche.

Traitement mixte; mercure et iodure de potassium, 4 à 6 grammes par jour.

Atténuation rapide, puis guérison de la syphilide en l'espace de trois semaines. — Très notable amélioration de la cavité ulcéreuse du tibia; cicatrisation presque complète; la rainure du fond de la plaie reste seule à l'état ulcéreux, lorsque, dans les premiers jours de février, le malade quitte volontairement l'hôpital.

CONCLUSIONS

Les rapports de l'hystérie avec la syphilis sont multiples :

1° L'hystérie n'est pas incompatible avec la syphilis ; il existe des cas nets où la diathèse syphilitique se superpose, s'associe à la diathèse névropathique.

2° La névrose préexistante, éteinte ou calmée, peut être réveillée ou simplement stimulée par la syphilis.

3° L'hystérie peut être créée de toutes pièces par la syphilis, plus souvent à sa période secondaire, plus rarement à sa période tertiaire, chez des sujets même n'ayant aucune prédisposition.

4° L'hystérie, prenant naissance sous l'influence de la syphilis, est le fait direct de l'infection syphilitique comme les autres accidents syphilitiques.

5° L'hystérie syphilitique présente quelques particularités (localisations spéciales des troubles sensitifs et moteurs) qui portent avec elles le cachet même de l'infection qui les a produites.

6° Le traitement spécifique, loin d'aggraver ces phénomènes, a le plus souvent une action modificatrice et curative favorable sur eux.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. FOURNIER,

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achard. — De l'apoplexie hystérique, thèse de Paris, 1887.

Berbez. — Hystéries toxiques, Gazette des hôpitaux, 14 janvier 1888.

Bertherand. — Recherches sur les névroses syphilitiques, Journal de la Société des sciences naturelles de Bruxelles, 1860.

Berthelin. — Hémiplégie syphilitique, thèse de Paris, 1872.

Bertrand. — L'hystérie dans ses rapports avec la syphilis secondaire, thèse de Lyon, 1892.

Brissaud. — Hystéries toxiques, Gazette des hôpitaux, 1889, n° 134.

Brissaud et P. Marie. — Caractères différentiels entre hémiplégie hystérique et l'hémiplégie organique, Progrès Médical, n°s 5 et 7, 1887.

Bouchard. — Leçon sur les auto-intoxications dans les maladies, 1887, page 9.

Charcot. — Hystérie et syphilis, de l'influence d'une maladie ou d'une intoxication antérieure sur le mode de localisation et sur la forme des accidents hystériques. Leçon résumée par M. Gilles de la Tourette, Progrès Médical, n° 51, 1887.

— Leçons sur les maladies du système nerveux, tome III.

Chauvet. — Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central, thèse d'agrégation, 1880.

Dargaud. — Hémiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis, thèse de Paris, 1885.

D'Aurelle de Paladines. — De l'anesthésie hystérique, contribu-

tion à l'étude des associations morbides en pathologie nerveuse, thèse de Paris, 1889.

Debove. — De l'apoplexie hystérique, Société médicale des hôpitaux, 13 août 1886.

Dejérine. — De l'hérédité dans les maladies du système nerveux, thèse d'agrégation, 1886.

Desvignes. — Propositions déduites d'observations faites à la Corogne pendant les années 1812, 1813, 1814, spécialement relatives à l'hystérie et à la syphilis.

Faïd (Moustapha). — Troubles de la sensibilité générale, dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'anesthésie syphilitique, thèse de Paris, 1870.

Fournier A. — 1) Leçons sur la syphilis, 1873, page 816 ;

— 2) Influence de la syphilis sur les névroses, notamment sur l'hystérie, Gazette des hôpitaux, nos 96, 86 et 105, 1888 ;

— 3) Phénomènes nerveux de la syphilis secondaire, Journal de médecine et de chirurgie pratiques, janvier 1888.

— 4) Influence de la syphilis sur le système sympathique, algidités secondaires locales et générales, Journal de médecine et de chirurgie pratiques, tome 59, page 202 ;

— 5) Deux frères affectés de syphilis héréditaire. Sur l'aîné, hystérie hérédo-syphilitique et surabondance de stigmates d'hérédo-syphilis. Sur le cadet, lésions cutanées et osseuses, avec absence presque absolue de stigmates héréditaires. Annales de dermat. et de syphiligr. février 1898 ;

— 6) Hérédité syphilitique, page 16.

Furet. — Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports, avec divers états morbides, thèse de Paris, 1888.

Georget. — Dictionnaire de médecine 1824, art. hystérie.

Guinon (G). — Les agents provocateurs de l'hystérie, thèse de Paris, 1888.

Gilles de la Tourette. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, tome I, pages 45 et 5.

Grasset. — 1) Etiologie infectieuse de l'hystérie, (Montpellier médical, nos 21 et 22, page 409 et 429 et nos 44 et 45, pages 866 et

885), leçons de clinique médicale 2^e série, (1890-1895), pages 576 et 580;

— 2) Hystérie, (Dictionnaire encyclop. des sciences médicales, 4^e série, tome XV.

Huchard. — Hystérie dans ses rapports avec divers états morbides, Union médicale, 1882.

Lancereaux. — 1) Leçons sur la syphilis, 1876;

— 2) Communication à l'Académie de Médecine, 23 octobre 1877.

Larché. — Hémiplégie syphilitique, thèse de Paris, 1879.

Le Petit (Louis). — Etude sur la paralysie syphilitique, thèse de Paris, 1878.

Loubat. — De quelques phénomènes nerveux survenant chez la femme, pendant la période secondaire de la syphilis, thèse de Paris, 1879.

Hudelo. — Hystéro-syphilis, Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 7 juillet 1892.

Moravesik E. — Hysterische Symptome bei syphilis, Veränderungen des gehirns, Centralblatt für Nervenheilkunde, n^o 20, 1888.

Moukhtar D. — Un cas d'hystéro-syphilis, Société de Dermat. et de Syphiligraphie, mars 1892, page 297.

Pitres. — Leçon clinique sur l'hystérie et l'hypnotisme 1891, tome I, page 37.

Potain. — 1) Un cas de paralysie syphilitique, Gazette des hôpitaux, n^o 47, 1887;

— 2) Un cas d'hystéroépilepsie chez un syphilitique. Gazette des hôpitaux, n^o 53, 1887.

Raymond. — Hystérie et syphilis, Progrès médical, 1888.

Richard. — Contribution à l'étude de l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques, thèse de Paris, 1887.

Ronby. — Contribution à l'étude de l'hystérie toxique et de l'apoplexie hystérique, thèse de Paris, 1889.

Salméron. — De l'hystérie alcoolique, thèse de Paris, 1889.

Schmidt. — De la syphilis nerveuse, précoce, analgésie et anesthésie, Revue médicale de l'Est, 1888, page 577.

Souques. — Manuel de médecine, (Debove-Achard), tome IV, page 283.

Soutoul. — Hystérie toxique, thèse de Paris, 1890.

Saint-Philippe. — Traité des maladies de l'enfance, (Grancher).

Verneuil. — Mémoires de Chirurgie, 1888, commotion, contusion, traumatisme et la syphilis.

Vialle. — Essai sur les paraplégies syphilitiques, thèse de Paris, 1875.

Zambaco. — Des affections nerveuses syphilitiques, Paris 1862.

